

**UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**

**Faculté d'éducation**

**Attitudes et comportements sociaux d'adolescentes présentant une anorexie mentale**

**par**

**Marie-Anne Quoibion**

**Projet de mémoire présenté à la faculté d'éducation**

**en vue de l'obtention du grade de**

**Maître ès sciences (M. Sc.)**

**Psychoéducation**

**Février 2012**

**©Marie-Anne Quoibion, 2012**



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file Votre référence*

*ISBN: 978-0-494-88827-8*

*Our file Notre référence*

*ISBN: 978-0-494-88827-8*

#### NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

#### AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
Faculté d'éducation

Attitudes et comportements sociaux d'adolescentes présentant une anorexie mentale

Marie-Anne Quoibion

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

\_\_\_\_\_ Directeur de recherche  
Robert Pauzé

\_\_\_\_\_ Membre du Jury  
Laurier Fortin

\_\_\_\_\_ Membre du jury  
Mélanie Lapalme

Mémoire accepté le \_\_\_\_\_

Résumé  
Projet de mémoire

Attitudes et comportements sociaux d'adolescentes présentant une anorexie mentale

**Objectifs :** La présente étude a pour objectif d'identifier ce qui permet de distinguer les anorexiques restrictives (AR), les anorexiques boulimiques (AB) et les adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire (AST) sur le plan des attitudes et des comportements sociaux ainsi que de cerner les variables sociales les plus fortement associés aux adolescentes anorexiques.

**Méthode :** 33 adolescentes présentant une anorexie restrictive (AR), 7 adolescentes présentant une anorexie boulimique (AB) et 52 adolescentes ne présentant pas de troubles alimentaires (AST) ont participé à cette étude en complétant des questionnaires auto-rapportés évaluant la composition du réseau social, l'insécurité sociale, l'aliénation sociale, l'attachement aux amis et le temps passé avec les amis.

**Résultats :** Les adolescentes anorexiques vivent davantage d'insécurité interpersonnelle et d'aliénation face aux amis. Les AR ont davantage de difficultés à faire confiance aux autres et les AB présentent un plus haut niveau d'aliénation interpersonnelle dans leurs relations sociales. De plus, la variable sociale qui caractérise davantage les adolescentes anorexiques est l'aliénation face aux amis.

**Conclusion :** Il est possible de croire que les difficultés sociales des adolescentes anorexiques agissent à titre de facteurs de maintien des dysfonctions alimentaires.

**Mots-clés :** Relations sociales, anorexie mentale, socialisation, amitié, attitudes sociales, comportements sociaux.

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>PREMIÈRE SECTION - LA PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>8</b>
1. <b>ÉTAT DES CONNAISSANCES CONCERNANT L'ANOREXIE MENTALE.....</b>	<b>8</b>
1.1 Définition de l'anorexie mentale .....	8
1.2 Prévalence et incidence.....	10
1.3 Symptômes associés .....	11
1.4 Pronostic de la maladie .....	12
2. <b>DIFFICULTES SOCIALES RENCONTREES PAR LES ADOLESCENTES ANOREXIQUES ..</b>	<b>13</b>
3. <b>PERTINENCE SOCIALE ET SCIENTIFIQUE .....</b>	<b>15</b>
4. <b>QUESTION DE RECENSION .....</b>	<b>16</b>
<b>DEUXIÈME SECTION - LA RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>18</b>
1. <b>METHODE DE RECENSION DES ECRITS .....</b>	<b>18</b>
2. <b>PRESENTATION DES RESULTATS DES ETUDES RECENSEES.....</b>	<b>20</b>
2.1 Études portant sur des échantillons d'adolescentes ne présentant pas de diagnostic formel de trouble alimentaire .....	21
2.2 Résumé des études .....	24
2.3 Études portant sur des échantillons d'adolescentes et d'adultes présentant un trouble alimentaire recrutées en milieu clinique .....	25
2.4 Résumé des études .....	32
3. <b>SYNTHESE DES RESULTATS DES ETUDES .....</b>	<b>33</b>
4. <b>LIMITES DES ETUDES.....</b>	<b>34</b>
5. <b>OBJECTIFS POURSUIVIS .....</b>	<b>36</b>
6. <b>RETOMBEES ANTICIPEES .....</b>	<b>36</b>

<b>TROISIÈME SECTION - LA MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>37</b>
1. DEVIS DE RECHERCHE.....	37
2. PARTICIPANTES.....	37
2.1 Composition des sous-groupes .....	37
2.2 Recrutement des participantes .....	39
2.2.1 Recrutement des adolescentes anorexiques .....	39
2.2.2 Recrutement des adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire .....	40
3. DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNEES .....	41
4. INSTRUMENTS DE MESURE .....	42
4.1 Eating Disorder Inventory .....	43
4.2 Composition du réseau social de soutien .....	44
4.3 Temps partagé.....	45
4.4 Attachement envers les amis .....	45
5. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES .....	46
6. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	46
<b>QUATRIÈME SECTION - LA PRESENTATION DES RESULTATS .....</b>	<b>47</b>
1. CARACTERISTIQUES DES ADOLESCENTES ANOREXIQUES SUR LE PLAN SOCIAL.....	47
1.1 Composition du réseau social de soutien .....	47
1.2 Attitudes et comportements des adolescentes dans leurs relations sociales .....	49
1.3 Le temps passé avec les amis.....	50
2. CARACTERISTIQUES SOCIALES LES PLUS FORTEMENT ASSOCIEES A L'ANOREXIE MENTALE .....	51
<b>CINQUIÈME SECTION - DISCUSSION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>53</b>
1. DISCUSSION CONCERNANT LES RESULTATS OBTENUS .....	53
1.1 Attitudes et comportements sociaux des anorexiques .....	53
1.2 Attitudes et comportements sociaux spécifiques des AR et des AB .....	55
1.3 Absence de différences entre les AR et les AB .....	56
1.4 Attitudes et comportements sociaux les plus fortement associés à l'anorexie mentale.....	56
1.5 Conséquences de la dénutrition prolongée sur les attitudes et comportements sociaux des adolescentes anorexiques .....	57

1.6 Rôle des difficultés de socialisation comme facteur de maintien de l'anorexie mentale.....	58
2. LIMITES DE L'ETUDE.....	59
3. RETOMBEES POUR L'INTERVENTION .....	60
4. CONCLUSION .....	60
 <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	 <b>61</b>
 <b>ANNEXE A - TABLEAU DES DONNEES METHODOLOGIQUES - ÉCHANTILLON D'ADOLESCENTES SANS DIAGNOSTIC D'ANOREXIE .....</b>	 <b>67</b>
 <b>ANNEXE B - TABLEAU DES DONNEES METHODOLOGIQUES - ÉCHANTILLON DE JEUNES FILLES/FEMMES AVEC DIAGNOSTIC.....</b>	 <b>71</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau 1 – Âge et indice de masse corporelle (IMC) des adolescentes des différents sous-groupes.....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau 2 – Caractéristiques du réseau social de soutien des différents sous-groupes de sujets.....</b>	<b>48</b>
<b>Tableau 3 – Attitudes et comportements des adolescentes des différents sous-groupes sur le plan social.....</b>	<b>49</b>
<b>Tableau 4 – Le temps passé seule et avec les amis chez les différents sous-groupes sujets.....</b>	<b>51</b>
<b>Tableau 5 – Caractéristiques sociales les plus fortement associées à l'anorexie mentale.....</b>	<b>52</b>



## INTRODUCTION

Pour la majorité des chercheurs et cliniciens évoluant dans le domaine des troubles alimentaires, l'anorexie mentale est envisagée comme une maladie multidéterminée résultant de la combinaison de facteurs biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux et culturels qui interagissent à divers degrés (Bulik, 2002; Szabo, 1998; Chabrol, 2004; Fairburn et Harrison, 2003; Steiner, Kwan, Shaffer, Walker, Miller, Sagar et Lock, 2003). Dans le cadre de la présente étude, l'attention sera portée sur les facteurs sociaux associés à l'anorexie mentale, plus précisément sur les attitudes et les comportements sociaux adoptés par ces adolescentes anorexiques. L'intérêt porté à ces caractéristiques spécifiques se justifie d'une part par le fait qu'elles sont reconnues comme faisant partie des facteurs étiologiques de la maladie (Bruch, 1979; Bulik, 2002; Davies, 2004; Nilsson et Hägglöf, 2006; Pauzé et Charbouillot, 2001) et, d'autre part, par le fait que l'amélioration des attitudes et des comportements sociaux chez les adolescentes anorexiques en cours de traitement est considérée comme un élément déterminant de leur guérison (Nilsson et Hägglöf, 2006; Pauzé, Couture, Lavoie, Pesant, Beaugard, Mailloux et Mercier, 2008).

## **PREMIÈRE SECTION**

### **LA PROBLÉMATIQUE**

Ce projet de recherche vise à documenter les attitudes et les comportements sociaux d'adolescentes présentant une anorexie mentale. Cette première section comprend deux parties. Initialement, l'état des connaissances concernant l'anorexie mentale sera présenté. Relativement à cette partie, une définition de l'anorexie mentale, les informations les plus récentes concernant la prévalence et l'incidence de cette maladie, les symptômes les plus souvent associés, le pronostic ainsi qu'un modèle explicatif de l'anorexie mentale seront exposés. Par la suite, une brève description des difficultés sociales présentées par les adolescentes anorexiques sera présentée.

#### **1. ÉTAT DES CONNAISSANCES CONCERNANT L'ANOREXIE MENTALE**

##### **1.1 Définition de l'anorexie mentale**

L'anorexie mentale est principalement caractérisée par une poursuite acharnée de la minceur (Fairburn et Harrison, 2003; Gilchrist, Ben-Tovim, Hay, Kalucy et Walker, 1998). Cette maladie consiste en un refus de maintenir un poids corporel approprié en fonction du genre, de l'âge et de la taille. Les personnes anorexiques présentent des comportements alimentaires anormaux, sont démesurément préoccupées par leur alimentation et le contrôle de leur poids et ont une perception erronée de la forme de leur corps (Gauvin, Steiger et Brodeur, 2009; Kaye, Klump, Frank et Strober, 2000).

L'anorexie mentale est considérée comme faisant partie des troubles de la conduite alimentaire. Quatre critères doivent être présents afin de poser un diagnostic d'anorexie mentale selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

(DSM-IV-TR) (Association Américaine de Psychiatrie, 2004). Ces critères sont a) un refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (perte de poids visant à maintenir le poids à moins de 85 % du poids attendu ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu); b) une peur intense de prendre du poids ou de grossir malgré le fait de présenter un poids inférieur à la normale; c) une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps accompagnée d'une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi et d'un déni de la gravité de la maigreur actuelle; d) une aménorrhée (arrêt des menstruations) présente pour au moins trois cycles menstruels chez les femmes postpubères.

On reconnaît actuellement deux formes d'anorexie mentale soit l'anorexie de type restrictif et l'anorexie de type boulimique. L'anorexie de type restrictif se caractérise par des conduites alimentaires restrictives sans présence de crises de boulimie et/ou de vomissements provoqués ou de prise de laxatifs, de diurétiques et de lavements. Quant au type boulimique, il se caractérise également par des conduites alimentaires restrictives, mais auxquelles s'ajoutent, sur une base régulière, des comportements boulimiques et purgatifs (Association Américaine de Psychiatrie, 2004). Il s'avère toutefois important de ne pas confondre l'anorexie de type boulimique à la boulimie nerveuse puisque les personnes qui souffrent de boulimie nerveuse ne présentent généralement pas d'aménorrhée et ne parviennent pas à atteindre un poids inférieur à 85 % de leur poids normal (Polivy et Herman, 2002).

En plus de se distinguer sur le plan des comportements alimentaires, ces deux sous-types se distinguent sur le plan des facteurs de risque familiaux et personnels associés et sur le plan du pronostic. Sur le plan familial, les adolescentes anorexiques boulimiques auraient davantage été exposées à des conflits familiaux (Kaye, Strober, Stein et Gemdall, 1999) et à un fonctionnement familial lacunaire (Fornari, Włodarczyk-Bisaga, Matthews, Sandberg, Mandel et Katz, 1999 dans Couture, 2006) que les adolescentes anorexiques restrictives. Par ailleurs, au niveau personnel, il

apparaît que les adolescentes anorexiques restrictives chercheraient davantage à se conformer et présenteraient des traits de personnalité plus obsessifs et rigides alors que les anorexiques boulimiques présenteraient un tempérament plus impulsif (Bollen et Wojciechowski, 2004; Kaye *et al.*, 2000; Szabo, 1998; Polivy et Herman, 2002; Ward, Campbell, Brown et Treasure, 2003). Enfin, au niveau du pronostic, il est reconnu que les anorexiques boulimiques seraient plus difficiles à soigner que les anorexiques restrictives (Bruch, 1979; Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh et Joyce, 1999; Ward *et al.*, 2003).

## 1.2 Prévalence et incidence

Sur le plan de la prévalence, des données récentes indiquent que cette maladie est présente chez 0.1 % à 1 % des adolescentes et des jeunes adultes (Bulik, Sullivan, Tozzi, Furberg, Lichtenstein et Pedersen, 2006; Fairburn et Harrison, 2003; Gauvin *et al.*, 2009; Hoek et Van Hoeken, 2003; Hoek, 2006; Stice, Marti, Shaw et Jaconis, 2009). Quand on ne considère que les adolescentes, la prévalence de l'anorexie mentale se situe entre 0.29 à 0.39 % (Hoek et Van Hoeken, 2003; Hoek, 2006; Machado, Machado, Gonçalves et Hoek, 2007). Par ailleurs, il appert que l'anorexie mentale se retrouve principalement chez les adolescentes de 14 à 19 ans, à une période marquée par de nombreux changements sur le plan biologique, psychologique, scolaire et social (Alvin, 2001; Bulik *et al.*, 2006; Fairburn et Harrison, 2003; Gilchrist *et al.*, 1998; Hoek et Van Hoeken, 2003; Jeammet, 2004; Steiner *et al.*, 2003; Van Den Brouke, 1984, dans Chambry, Corcos, Guilbaud et Jeammet, 2002). En outre, cette maladie touche plus particulièrement les filles. Dans les faits, le ratio des personnes anorexiques est évalué à neuf à dix filles pour un garçon (Alvin, 2001; Anderson et Holman, 1997, dans Szabo, 1998; Gilchrist *et al.*, 1998; Van Den Brouke, 1984, dans Chambry *et al.*, 2002).

En ce qui concerne l'incidence de l'anorexie mentale, des études récentes indiquent que le nombre de nouveaux cas décelés par année est à la hausse (Hoek, 2006; Polivy et Herman, 2002). Selon la plus récente étude recensée, le nombre de nouveaux

cas d'anorexie mentale par année s'élevait à 19 femmes et 2 hommes par 100 000 habitants en 2003 (Fairburn et Harrison, 2003; Hoek et Van Hoeken, 2003; Pawluck et Gorey, 1998 dans Paterson, Power, Yellowkes, Park et Taylor, 2007). De plus, 40 % des nouveaux cas diagnostiqués par année seraient des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, ce qui s'avère très significatif de l'ampleur de cette maladie chez la clientèle adolescente (Hoek, 2006). En outre, ces données sur la prévalence et l'incidence demeurent une estimation probablement inférieure aux nombres réels de cas lorsque l'on considère que plusieurs personnes atteintes d'anorexie mentale hésitent à divulguer leur condition (Polivy et Herman, 2002) et que seulement une faible proportion d'entre elles reçoivent des services pour ce problème (Hoek et Van Hoeken, 2003).

### **1.3 Symptômes associés**

Au niveau des symptômes psychologiques associés à l'anorexie mentale, on note qu'une perte de poids excessive s'accompagne habituellement d'irritabilité, d'instabilité de l'humeur, de difficultés de concentration, de symptômes dépressifs et anxieux, d'insomnie, d'une perte d'intérêt pour la sexualité et de traits obsessionnels. Ces caractéristiques s'aggravent généralement au fur et à mesure que la perte de poids s'accroît (Fairburn et Harrison, 2003). De plus, l'intérêt pour le monde extérieur décline ce qui a pour effet de contribuer à l'isolement social de ces adolescentes (Bruch, 1979).

Au niveau des symptômes physiques, les individus souffrant d'anorexie mentale éprouvent une grande sensibilité au froid, souffrent de problèmes gastriques et d'étourdissements. De plus, plusieurs signes physiques sont observables tels que l'apparition de duvet sur le corps (lanugo), une décoloration et un assèchement de la peau, une perte de cheveux, des problèmes dentaires pour celles qui vomissent, des faiblesses musculaires, de l'œdème (gonflement de certaines parties du corps) et des problèmes cardiaques (arythmie, bradycardie et hypotension) (Fairburn et Harrison, 2003).

#### 1.4 Pronostic de la maladie

En ce qui a trait au pronostic de la maladie, des études récentes rapportent que le taux de mortalité associé à l'ensemble des désordres alimentaires varie de 3 à 18 % (Berkman, Lohr et Bulik, 2007; Herzog, Greenwood, Dorer, Flores, Ekeblad, Richards, Blais et Keller, 2000; Hjern, Lindberg et Lindblad, 2006; Hoek, 2006). Cet écart entre les résultats des études serait dû au fait que certaines d'entre elles, s'échelonnant sur une période de plus de 20 ans, présentent des taux de mortalité supérieurs à 15 % (Fisher, 2003). Par ailleurs, les troubles alimentaires présentent le taux de mortalité standardisé le plus élevé parmi tous les troubles de santé mentale (Harris et Barraclough, 1998). En ce qui concerne l'anorexie mentale, le taux de mortalité est évalué à 10 % (Kaye *et al.*, 2000; Quadflieg et Fichter, 2003).

Pour ce qui est des causes de mortalité, des données récentes précisent que 50 % des décès sont occasionnés par des complications médicales, 25 % sont le résultat d'un suicide et 25 % sont causés par des problématiques non reliées à la maladie telle que l'abus de substance (Fisher, 2003). Par ailleurs, chez les survivantes, 35 à 40 % guérissent, 35 à 40 % retrouvent un poids normal mais présentent des symptômes et des difficultés psychologiques importantes et 20 % continuent de présenter des symptômes sévères et chroniques (Gilchrist *et al.*, 1998; Jeammet, 2004). De plus, chez les femmes pour qui les symptômes persistent, plusieurs souffrent de crises d'hyperphagie (consommation excessive de nourriture dans un court laps de temps), 50 % développent de la boulimie et bon nombre d'entre elles entretiennent toujours des préoccupations excessives pour l'alimentation, la silhouette et le poids (Fairburn et Harrison, 2003).

## 2. DIFFICULTÉS SOCIALES RENCONTRÉES PAR LES ADOLESCENTES ANOREXIQUES

En se référant aux observations de différents cliniciens spécialisés dans le traitement de l'anorexie mentale (Bruch, 1979; Bulik, 2002; Davies, 2004; Flament, Godart, Fermanian et Jeammet, 2001; Jackson, Weiss, Lunquist et Soderling, 2001; Lacharité, 1991; Mangweth, Hausmann, Danzl, Wach, Rupp, Biebl, Hudon et Pope, 2005; Nikson et Hägglöf, 2006; Pauzé et Charbouillot, 2001; Tiller, Skane, Schmidt, Troop, Power et Treasure, 1997), les adolescentes anorexiques vivraient des difficultés sociales avant le début de la maladie et une fois la maladie s'est installée.

Il appert que les relations sociales généreraient beaucoup de stress chez ces adolescentes. Considérant ne pas avoir un physique adéquat, elles craindraient ne pas être capables de se faire d'amis, ne pas être acceptées par leurs pairs ou ne pas être à la hauteur (Bruch, 1979). En effet, elles ne sembleraient pas convaincues de leur propre valeur et chercheraient à correspondre à l'image parfaite ou tout simplement à éviter le contact avec les personnes extérieures (Bruch, 1979). Cette crainte serait d'ailleurs une source de motivation importante dans la décision d'entreprendre leur diète (Bulik, 2002). Les difficultés sociales vécues par ces jeunes filles seraient d'autant plus attribuables à une faible estime d'elles-mêmes (Bruch, 1979; Fairburn et Harrison, 2003; Pauzé et Charbouillot, 2001; Steiner *et al.*, 2003), à des sentiments d'incompétence et d'inefficacité, à des difficultés à prendre des décisions et à faire confiance à leurs propres expériences et à autrui (Bruch, 1979; Pauzé *et al.*, 2001) ainsi qu'à une tendance à se sentir inférieures aux autres (Garner et Garfinkel, 1985).

Selon Bruch (1979), la manifestation du trouble anorexique apparaîtrait à partir du moment où les jeunes filles sentiraient qu'elles n'ont plus rien en commun avec leurs pairs. Dans ce contexte, la recherche de la minceur pourrait être considérée comme une stratégie d'insertion auprès de leurs pairs et une source de valorisation (Lacharité, 1991). La perte de poids deviendrait un moyen de satisfaire leurs besoins de sécurité et

de pouvoir sur le plan social (Bruch, 1979). Le fait de maigrir serait alors considéré comme une défense contre l'insécurité, l'incapacité et l'impuissance engendrées par leurs relations insatisfaisantes avec leurs pairs (Pauzé *et al.*, 2001). Ainsi, l'engagement dans des conduites et des attitudes alimentaires restrictives peut être interprété comme un mécanisme par lequel l'adolescente croit qu'en étant mince, elle sera en mesure d'être davantage acceptée par ses pairs (Gilbert et Meyer, 2005).

Par ailleurs, une étude de Lacharité (1991), visant à documenter le processus de développement de l'anorexie mentale, a également permis d'établir que ces jeunes filles ont souvent tendance à s'isoler progressivement au cours de l'année qui précède le début de la maladie. Cet isolement pourrait s'expliquer par le fait que certaines jeunes filles anorexiques abandonnent leurs amis au cours de cette période, alors que d'autres sont tout simplement rejetées par ceux-ci (Bruch, 1979). De plus, l'isolement social auquel les jeunes filles anorexiques doivent faire face persisterait tout au long de la maladie. Bruch (1979) considère même que cet isolement est en croissance avec l'évolution de l'anorexie.

En effet, au moment où les adolescentes sont anorexiques, elles seraient confrontées à des difficultés sur le plan social (Bruch, 1979; Davies, 2004; Lacharité, 1991; Pauzé *et al.*, 2001; Troop & Bifulco, 2002). Elles présenteraient généralement des problèmes d'isolement social, de retrait émotionnel et auraient une communication restreinte (Telfa et Britten, 1993, dans Davies, 2004). Elles éprouveraient également des difficultés à établir des relations avec les autres (Pauzé *et al.*, 2001; Bulik, 2002), se sentiraient inférieures et se laisseraient facilement influencer par autrui (Bruch, 1979). Aussi, certaines anorexiques éviteraient la présence des autres par crainte d'être jugées trop dépendantes (Bruch, 1979). En outre, leur isolement social durant la maladie pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas de place pour les autres dans leur vie rigidement programmée.



À cet égard, Davies (2004) et Tiller *et al.* (1997) constatent que la majorité des jeunes filles ayant un trouble alimentaire ne sont pas en mesure d'identifier au moins une meilleure amie. Bruch (1979) va dans le même sens en affirmant que les anorexiques ont souvent une seule amie à la fois et que cette amitié ne dure habituellement pas plus d'une année. Enfin, d'autres cliniciens indiquent que les difficultés sur le plan social persisteraient même après la disparition du trouble alimentaire (Davies, 2004; Yager, Landsverk et Edelstein, 1987 dans Tiller *et al.*, 1997).

### 3. PERTINENCE SOCIALE ET SCIENTIFIQUE

Les différentes observations au niveau des attitudes et des comportements sociaux des adolescentes anorexiques sont généralement basées sur des observations cliniques (Bruch, 1979; Pauzé *et al.*, 2001) ou sur des données de recherche parcellaires concernant leur faible estime de soi (Fairburn & Harrison, 2003; Steiner *et al.*, 2003), une tendance à se sentir inférieures aux autres (Garner & Garfinkel, 1985), un isolement progressif au cours de l'année qui précède le début de la maladie (Lacharité, 1991) et des difficultés à établir des relations avec les autres au cours de la maladie (Davies, 2004; Bulik, 2002). Il est donc difficile d'établir quels sont les attitudes et les comportements sociaux qui sont les plus fortement associés à la présence de l'anorexie mentale.

Par ailleurs, de plus en plus de chercheurs et de cliniciens insistent sur l'importance de mieux documenter les attitudes et les comportements sociaux de ces jeunes filles afin de mieux prévenir cette maladie et d'améliorer les traitements qui sont actuellement offerts. À cet égard, une étude rétrospective réalisée par Nilsson et Hägglöf (2006), auprès d'un échantillon de 68 patientes évaluées 16 ans après leur admission à une clinique spécialisée dans le traitement de l'anorexie, indique que selon l'avis de ces patientes, ce sont les amis qui les ont le plus aidées dans leur processus de guérison (43 % des cas) comparativement au traitement lui-même (31 %) et à leur famille (17 %).

#### 4. QUESTION DE RECENSION

La recension des écrits vise à déterminer quelles sont, du point de vue des chercheurs, les attitudes et les comportements sociaux adoptés par les adolescentes anorexiques.

#### 5. MODÈLE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE MENTALE

Afin d'expliquer Trois catégories de facteurs seraient associés à cette maladie : des facteurs prédisposant (biologiques, psychologiques, familiaux et sociaux), des facteurs précipitant (événements stressants ou tâches développementales associées à l'adolescence) et des facteurs de maintien (restrictions alimentaires, isolement social) (Garner, 2004). Le schéma suivant permet d'illustrer l'interaction entre ces trois catégories de facteurs, et ce, pour l'anorexie mentale en général sans distinction pour les deux sous-types d'anorexie (Garner, 2004).

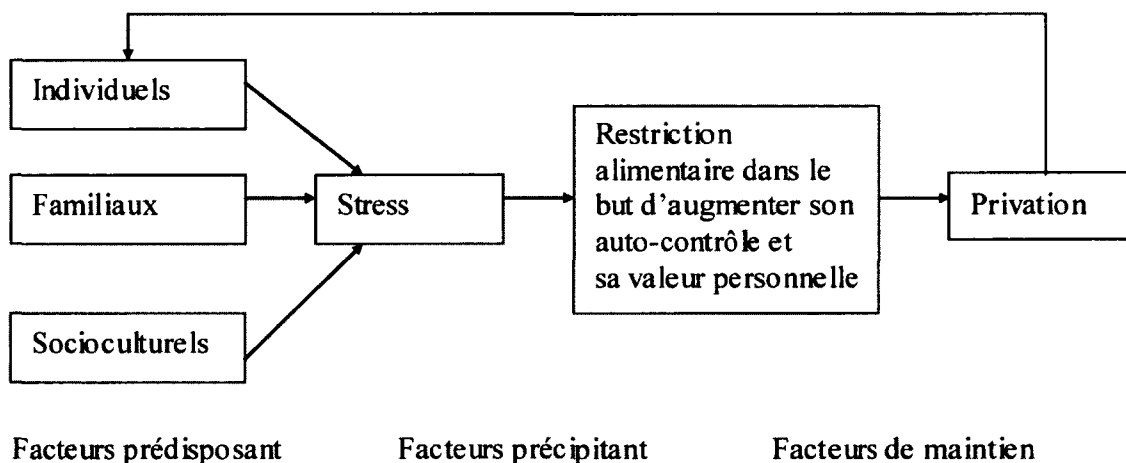


Figure 1 : Différents facteurs associés à l'anorexie mentale (Garner, 2004)

Selon le modèle proposé par Garner (2004), les adolescentes qui deviennent anorexiques présentent, avant l'apparition de la maladie, certaines vulnérabilités

psychologiques (faible estime de soi, peur des changements biologiques, sentiment d'infériorité), familiales (évitement des conflits, surprotection, enchevêtrement) et sociales (difficultés à établir des relations, faibles habiletés sociales). On parle alors de facteurs prédisposant de l'anorexie. La présence de ces vulnérabilités aurait pour effet de rendre les jeunes filles moins bien préparées pour affronter les stress reliés aux tâches développementales inéluctables de l'adolescence (changements pubertaires, changements d'école, changements du réseau d'amis et d'amies) et aux événements imprévisibles (changements de configuration de la famille suite à la séparation des parents ou au départ d'un membre de la famille, perte d'amis, peine d'amour, agression sexuelle) qui agissent comme facteurs précipitant à la maladie. Confrontées à ces stress, ces adolescentes plus vulnérables décideraient d'entreprendre une diète afin de retrouver un certain équilibre psychologique, une certaine forme de contrôle sur leur vie (Garner, 2004) (apparition de la maladie).

La perte de poids qui s'en suit leur procure dès le départ un sentiment de fierté qu'elles n'avaient jamais expérimenté auparavant. Elles se sentent en contrôle et supérieures aux autres puisqu'elles réussissent un exploit enviable. Cependant, pour nourrir ce sentiment de fierté et de valeur personnelle si difficilement acquis, elles se doivent de poursuivre leur perte de poids. C'est ainsi qu'elles en viennent à progressivement s'isoler socialement, à ritualiser leur vie dans les moindres détails. Leurs comportements deviennent de plus en plus obsessionnels. Avec le temps, leur métabolisme diminue et leurs capacités cognitives sont affectées par la sous-alimentation. Elles ne sont plus en mesure de penser adéquatement et de parler de ce qu'elles vivent sur le plan émotionnel. Elles sont prises dans l'engrenage de l'anorexie (facteurs de maintien) (Garner, 2004).

## DEUXIÈME SECTION

### LA RECENSION DES ÉCRITS

À la différence de la section précédente faisant mention des difficultés sociales d'adolescentes anorexiques du point de vue des cliniciens, cette deuxième section vise à faire état des connaissances concernant les attitudes et comportements sociaux des adolescentes anorexiques du point de vue des chercheurs. En guise d'introduction, la démarche de recherche documentaire réalisée sera présentée. Par la suite, les résultats des différentes études recensées seront exposés et présentés sous forme de synthèse. À titre de conclusion, les limites des différentes études recensées et les objectifs poursuivis dans la présente étude seront discutés.

#### 1. MÉTHODE DE RECENSION DES ÉCRITS

Une revue systématique des écrits scientifiques a été effectuée afin de trouver des études se référant à la question de recherche. Les banques de données informatisées PsychINFO, Medline, Eric et PsychARTICLES ont été utilisées afin de consulter les écrits d'auteurs reconnus dans le domaine des troubles alimentaires. La période de 1990 à aujourd'hui a été ciblée afin de produire une recension des écrits portant sur les vingt dernières années. Une première série de mots clés relatifs aux troubles alimentaires ont d'abord été identifiés : *anorexia OR dietary restraint OR eating disorders OR eating disturbance*. Une seconde catégorie de mots clés regroupant des termes relatifs à la dimension sociale ont été croisés aux premiers utilisés. Ces mots clés sont : *socialization, social, social attitudes, social factors, social support, social ranking, peers influence, peers attitudes, peers teasing, peers acceptance, friends, friendship, friendship quality, isolation, rejection et relationships*. Par la suite, une recherche indépendante a été effectuée dans chacune des banques de données. La démarche s'est conclue après saturation, lorsqu'aucun texte nouveau ne pouvait être repéré. Ce processus de repérage a permis d'identifier 68 textes.

À la suite de ce repérage, une première sélection des textes identifiés a été réalisée dans le but de conserver uniquement les études primaires portant sur l'anorexie mentale. En ce sens, 16 méta-analyses traitant des troubles alimentaires de manière générale et ne présentant que de brèves informations sur les difficultés sociales ont été exclues et 12 autres études ont été éliminées puisqu'elles traitaient spécifiquement de la boulimie. Ainsi, cette première sélection a permis de conserver 40 études primaires.

Parmi les 40 textes identifiés, quatre études portant sur des échantillons composés d'adolescentes exclusivement ont d'abord été retenues. Parmi les textes restants, toutes les études portant sur des échantillons composés à la fois d'adolescentes anorexiques et d'adultes anorexiques ont été retenues soit 11 études. Toutes les études portant uniquement sur des adultes anorexiques (11 études) ont été exclues puisque la réalité sociale des adultes se distingue sur plusieurs points de celle des adolescentes. De plus, 14 autres études ont également été éliminées puisqu'elles ne portaient pas spécifiquement sur les conduites ou attitudes des adolescentes anorexiques en situations sociales. Enfin, les bibliographies des textes retenus ont été consultées afin de s'assurer que le tour de la question a été fait. Cette démarche n'a toutefois pas permis d'identifier de nouveaux textes. Au total, cette recension des écrits porte sur 15 études primaires dont quatre ont été réalisées auprès d'échantillons populationnels et onze auprès d'échantillons cliniques.

À titre explicatif, les études portant sur des échantillons populationnels d'adolescentes ne comportant pas d'adolescentes anorexiques, ont été retenues dans le but de documenter les comportements sociaux d'adolescentes préoccupées par leur apparence physique et leur image corporelle, mais qui ne présentaient pas de troubles alimentaires diagnostiqués. Ces informations permettront d'observer sous forme de continuum les difficultés sociales vécues par de jeunes filles préoccupées de leur image corporelle, mais sans trouble alimentaire formel et celles vécues par des adolescentes franchement anorexiques. De plus, ces données pourront possiblement aider à mieux

comprendre comment les jeunes filles anorexiques semblent fonctionner au plan social avant le début de leur maladie. Il demeure toutefois important d'interpréter ces données avec précautions puisqu'elles ont été recueillies auprès d'adolescentes sans diagnostic de trouble alimentaire. Ainsi, rien ne permet d'induire une causalité entre les difficultés sociales cernées et l'anorexie puisqu'il n'est aucunement mentionné que ces adolescentes développeront par la suite un diagnostic d'anorexie. En ce sens, ces mesures doivent être considérées à titre hypothétique.

## 2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES

Parmi les études retenues, quatre textes portent sur des échantillons d'adolescentes non cliniques provenant de milieux scolaires (Gerner et Wilson, 2005; Lieberman, Gauvin, Bukowski et White, 2001; Schutz et Paxton, 2007; Zaitsoff, Geller et Sriameswaran, 2002) et 11 textes portent sur des échantillons composés à la fois d'adolescentes anorexiques et d'adultes anorexiques (Bachner-Melman, Zohar, Ebstein et Bachar, 2007; Connan, Troop, Landau, Campbell et Treasure, 2007; Geller, Cockell et Goldner, 2000; Grabhorn, Stenner, Stangier et Kaufhold, 2006; Keith, Gillanders et Simpson, 2009; Morrison, Waller, Meyer, Burditt, Wright, Babbs et Gilbert, 2003; Paterson, *et al.*, 2006; Sweethingham et Waller, 2007; Tiller *et al.*, 1997; Troop et Bifulco, 2002; Troop, Allan, Treasure et Katzman, 2003). Dans cette partie, les études portant sur des échantillons d'adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire formel seront présentées et par la suite, les études portant sur des échantillons cliniques. Une description plus détaillée des données méthodologiques de ces études sont présentées respectivement à l'annexe A et B.

## **2.1 Études portant sur des échantillons d'adolescentes ne présentant pas de diagnostic formel de trouble alimentaire**

La première étude, celle de Gerner et Wilson (2005), a pour objectif d'examiner si des relations d'amitié jugées insatisfaisantes permettent de prédire la présence de préoccupations concernant le poids et de conduites restrictives chez des adolescentes. L'échantillon est formé de 131 adolescentes recrutées en milieu scolaire et âgées en moyenne de 15,3 ans. Différents questionnaires ont permis de mesurer d'une part la perception de ces adolescentes concernant leurs relations amicales (le fait de se sentir acceptée, de recevoir du support, de vivre de l'intimité dans ses relations ainsi que leurs croyances liées au fait que la minceur a un impact sur les amitiés) et d'autre part, la présence de préoccupations concernant l'image corporelle et de conduites alimentaires restrictives. Les résultats montrent que la perception d'être peu acceptée par ses amis, d'avoir peu de soutien de leur part et de percevoir un faible degré d'intimité dans ses relations amicales permettrait de prédire de manière significative des préoccupations concernant l'image corporelle. De façon plus spécifique, il apparaît que la perception de ne pas être acceptée par ses amis contribuerait à prédire la croyance selon laquelle la minceur a un impact sur les amitiés avec les garçons et les filles. De plus, ces chercheurs observent que le fait de croire que la minceur a un impact positif sur les amitiés avec les garçons contribuerait de manière significative à prédire la présence de préoccupations concernant l'image corporelle, l'insatisfaction corporelle et les conduites alimentaires restrictives. D'ailleurs, le fait de croire que la minceur a un impact positif sur les amitiés avec les filles contribuerait également à prédire la présence de conduites alimentaires restrictives. Au niveau des limites de cette étude, il est important de signaler que cette étude est réalisée auprès d'une population non-clinique, ce qui ne permet pas d'identifier les caractéristiques sociales propres aux adolescentes anorexiques. De plus, ayant un devis transversal, cette étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les variables.

Pour leur part, Lieberman *et al.* (2001) cherchent à observer les liens entre les relations interpersonnelles, les conduites alimentaires et l'estime corporelle. Ces auteurs

ont réalisé leur étude auprès de 876 adolescentes ne présentant pas de diagnostic de troubles de la conduite alimentaire âgées entre 12 et 16 ans et recrutées en milieu scolaire secondaire. Des mesures au niveau des attitudes alimentaires et de l'estime corporelle ont été mises en relation avec différentes variables interpersonnelles telles que la tendance à s'auto-évaluer en fonction des standards établis par les pairs, les croyances concernant l'impact de la minceur sur le niveau de popularité et le succès auprès des garçons, le fait d'avoir subi des taquineries et l'estime de soi dans ses relations. Les résultats démontrent que la tendance à s'auto-évaluer en fonction des standards établis par les pairs et à attribuer beaucoup d'importance au poids et à l'apparence physique comme source d'influence du niveau de popularité et du succès auprès des garçons, seraient associées à de faibles scores à l'échelle d'estime corporelle. De plus, ces auteurs observent que les adolescentes qui seraient le plus affectées émotionnellement par des taquineries à l'égard de leur poids rapporteraient présenter davantage de conduites alimentaires restrictives que les adolescentes qui n'auraient pas été confrontées à des taquineries ou qui seraient peu affectées par les taquineries. Au niveau des limites de cette étude, il est important de signaler que cette étude est réalisée auprès d'une population non-clinique, ce qui ne permet pas d'identifier les caractéristiques sociales propres aux adolescentes anorexiques.

Dans leur étude, Schutz et Paxton (2007) ont pour objectif d'évaluer s'il existe des relations entre l'insatisfaction corporelle, la présence de conduites alimentaires dysfonctionnelles, la qualité des relations d'amitié entre adolescentes et les croyances liées à la minceur. L'échantillon est formé de 327 adolescentes âgées en moyenne de 15,9 ans, recrutées en milieu scolaire secondaire et ne présentant pas de symptômes de dépression. Plusieurs mesures relatives à la qualité des relations amicales ont été utilisées soient l'attachement aux amis, le sentiment d'acceptation, le fait de percevoir des conflits et une distance dans ses relations, l'anxiété sociale et l'insécurité sociale. De plus, les préoccupations des amis par rapport au poids ainsi que les croyances relatives aux avantages perçus de la minceur ont été évaluées. Ces variables ont par ailleurs été mises en relation avec différentes mesures du comportement alimentaire



telles que les conduites restrictives, l'usage extrême de comportements visant la perte de poids et les symptômes boulimiques. Les résultats de cette étude indiquent que le fait de ne pas avoir le sentiment d'être accepté par ses amis est corrélé négativement avec la présence de conduites alimentaires restrictives chez les adolescentes. De plus, il apparaît que le fait de percevoir des conflits et une certaine distance avec ses amis est associé à certaines difficultés sur le plan de l'insatisfaction corporelle et des conduites alimentaires chez les adolescentes. Ces auteurs observent également qu'un score élevé aux échelles mesurant l'insécurité sociale et l'anxiété sociale est associé positivement à un score élevé aux échelles mesurant l'insatisfaction corporelle et le niveau de symptômes relatifs aux désordres alimentaires. D'un point de vue méthodologique, il est important de signaler que cette étude est réalisée auprès d'une population non-clinique. De plus, son devis transversal ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les variables.

La quatrième étude, celle de Zaitsoff *et al.* (2002), a pour but d'évaluer si certaines tendances comportementales en contexte de relations interpersonnelles sont reliées à la présence de conduites alimentaires dysfonctionnelles. L'échantillon de cette étude est composé de 235 adolescentes recrutées en milieu scolaire et âgées en moyenne de 14,9 ans. L'estime corporelle ainsi que les cognitions et les comportements associés à l'anorexie et à la boulimie ont été mesurés et mis en relation avec la tendance à s'auto-évaluer en fonction des critères établis par les pairs, à supprimer sa colère, à s'oublier face aux autres et à se placer sous silence, échelles mesurées à l'aide du Silencing the Self Scale (STSS) de Jack et Dill (1992). Les résultats indiquent que les adolescentes présentant des scores plus faibles d'estime corporelle auraient davantage tendance à s'auto-évaluer en fonction de critères externes établis par les pairs. Plus précisément, il apparaît que la tendance à s'auto-évaluer en fonction des critères établis par les pairs est significativement associée à la présence de comportements restrictifs (privation, jeûne, comptage des calories) souvent observés chez les sujets anorexiques. Zaitsoff *et al.* (2002) notent que le fait de garder pour soi sa colère afin d'éviter les conflits et de ne pas perdre ses relations permet de prédire de manière significative la présence de

comportements restrictifs (privation, jeûne, comptage des calories) souvent observés chez les adolescentes anorexiques. Enfin, les résultats de cette étude permettent d'établir que le fait de se placer sous silence dans les situations sociales afin de faire passer les besoins des autres avant les siens permet de prédire de manière significative la présence de comportements restrictifs (privation, jeûne, comptage des calories) qui caractérisent généralement la conduite des adolescentes anorexiques. De plus, cette même étude indique que les adolescentes présentant des scores plus faibles d'estime corporelle auraient davantage tendance à se placer sous silence et à s'oublier afin d'éviter les conflits en situation sociale et de ne pas perdre leurs relations. Au niveau des lacunes méthodologiques, cette étude a été réalisée auprès d'une population non-clinique et son devis transversal ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les variables.

## 2.2 Résumé des études

Il ressort que la perception d'être peu acceptée par ses amis, d'avoir peu de soutien de leur part et le fait de percevoir ses relations comme peu intimes affecteraient négativement la perception que les adolescentes ont d'elles-mêmes et de leur corps et contribueraient à la présence de conduites alimentaires restrictives (Gerner et Wilson, 2005).

De plus, le fait de percevoir des conflits et une certaine distance avec ses amis (Schutz et Paxton, 2007) ainsi que le fait de croire que la minceur a un impact positif sur les amitiés avec les garçons et les filles (Gerner et Wilson, 2005; Lieberman *et al.*, 2001) affecteraient négativement la perception que les adolescentes ont d'elles-mêmes et de leur corps et contribueraient à la présence de conduites alimentaires restrictives.

Par ailleurs, on observe qu'une plus forte tendance à s'auto-évaluer en fonction des standards établis par les pairs qui attribuent beaucoup d'importance au poids et à l'apparence physique, affecterait l'estime corporelle et la présence de conduites alimentaires restrictives (Lieberman *et al.*, 2001; Zaitsoff *et al.*, 2002).

Il apparaît également que le fait d'avoir subi des taquineries à l'égard de son poids (Lieberman *et al.*, 2001), le fait de vivre de l'insécurité et de l'anxiété dans les situations sociales, de ne pas se sentir acceptée par ses amis (Schutz et Paxton, 2007) ainsi que le fait de garder pour soi sa colère (Zaitsoff *et al.*, 2002) seraient associés à une évaluation plus négative de l'image corporelle ou à l'adoption de comportements alimentaires inadéquats. Enfin, le fait de se placer sous silence et de s'oublier dans les situations sociales afin de faire passer en premier les besoins des autres au détriment des siens permet de prédire de manière significative la présence de comportements alimentaires restrictifs (Zaitsoff *et al.*, 2002).

Ainsi, l'ensemble de ces informations tend à montrer une certaine relation entre des conduites alimentaires restrictives ou une insatisfaction au niveau de l'image corporelle et divers comportements sociaux. Cependant, il est important de rappeler que ces observations ne doivent pas être directement appliquées aux adolescentes anorexiques puisque les adolescentes composant les échantillons étudiés ici ne sont pas nécessairement devenues anorexiques.

### **2.3 Études portant sur des échantillons d'adolescentes et d'adultes présentant un trouble alimentaire recrutées en milieu clinique**

Dans leur étude, Bachner-Melman *et al.* (2006) examinent la relation entre l'oubli de soi et la sévérité des symptômes anorexiques. L'échantillon de l'étude est formé de 382 femmes âgées entre 13 et 36 ans qui comprend 42 sujets présentant des symptômes d'anorexie, 90 sujets étant partiellement guéries, 78 sujets considérés comme étant guéries et 172 sujets n'ayant jamais présentés de symptômes d'anorexie (groupe témoin). Les mesures utilisées relatives à la sévérité des symptômes anorexiques évaluent les attitudes alimentaires, les insatisfactions corporelles et les symptômes relatifs aux conduites alimentaires restrictives. Ces variables ont été mises en relation avec une mesure évaluant la tendance à ignorer ses propres besoins et intérêts pour servir ceux d'autrui (oubli de soi). Ces auteurs observent que les sujets

présentant une anorexie mentale obtiennent des scores plus élevés aux échelles permettant d'évaluer l'oubli de soi dans les situations sociales que les sujets anorexiques qui ne sont plus anorexiques ou qui sont en voie de guérison. En outre, il apparaît que les scores aux échelles permettant d'évaluer l'oubli de soi augmentent de façon proportionnelle à la sévérité des symptômes anorexiques présentés par les sujets. Ainsi, l'oubli de soi en situation sociale pourrait être perçu comme une vulnérabilité personnelle menant au développement de l'anorexie mentale (Bachner-Melman, 2006). Au niveau des limites méthodologiques, il est important de mentionner que pour les sujets partiellement guéris, le fait d'avoir déjà reçu des traitements pour leur trouble alimentaire peut avoir modéré la sévérité des symptômes anorexiques et ainsi avoir eu un effet sur la variable d'oubli de soi. De plus, en utilisant un échantillon regroupant des adolescentes et des femmes, il n'est pas possible de distinguer la réalité spécifique des adolescentes anorexiques au niveau de l'oubli de soi.

Connan *et al.* (2007), de leur côté, ont réalisé leur étude auprès de 47 femmes âgées entre 18 et 45 ans répartis en quatre groupes : 12 avec symptômes actifs d'anorexie de type restrictif (AR), 6 avec symptômes actifs d'anorexie de type boulimique (AB), 13 sans symptômes actifs mais ayant déjà reçu un diagnostic d'anorexie et 16 sans trouble alimentaire ni difficultés d'adaptation (groupe témoin). Cette étude avait pour objectif d'examiner la relation entre la présence de symptômes d'anorexie et la tendance à se comparer socialement ainsi qu'à se comporter de manière soumise. Ainsi, il ressort que les sujets présentant une anorexie mentale et celles ayant déjà présenté ce trouble par le passé ont davantage tendance à se comparer négativement aux autres. En outre, il apparaît que les sujets présentant une anorexie mentale obtiennent des scores plus élevés à cette échelle que les sujets ayant déjà présentés ce trouble par le passé. Connan *et al.* (2007) illustrent que les sujets présentant une anorexie mentale et celles ayant déjà présenté un diagnostic d'anorexie par le passé ont davantage tendance à adopter des comportements de soumission que les sujets du groupe témoin. Dans les faits, il apparaît que les sujets présentant une anorexie mentale obtiennent des scores plus élevés au niveau des comportements de soumission que les

sujets ayant déjà présentés ce trouble par le passé. Par ailleurs, en ce qui concerne les limites de cette étude, il est important de nommer que le devis transversal ne permet pas d'établir de lien de causalités entre les variables. De plus, en utilisant un échantillon regroupant des adolescentes et des femmes, il n'est pas possible de distinguer la réalité spécifique des adolescentes anorexiques sur le plan de la comparaison sociale et des comportements de soumission.

De leur côté, Grabhorn *et al.* (2006) s'intéressent à l'étude de l'influence de la honte et de l'anxiété sociale sur la présence d'anorexie auprès d'un échantillon de 90 femmes âgées entre 17 et 60 ans. Parmi celles-ci, 30 présentent des symptômes actifs d'anorexie (17 AR et 13 AB), 30 présentent un diagnostic d'anxiété et 30 présentent un diagnostic de dépression. Ces 60 sujets atteints d'anxiété et de dépression ne présentent pas de symptômes d'anorexie et forment le groupe comparatif. Les données de l'étude révèlent que les sujets souffrant d'une anorexie mentale présentent des scores significativement plus élevés de honte que les sujets du groupe de comparaison composé d'adultes souffrant de dépression et d'anxiété. Par ailleurs, les scores obtenus par les sujets présentant une anorexie à l'échelle de phobie sociale ne diffèrent pas de ceux obtenus par les sujets du groupe de comparaison étant atteints de dépression et d'anxiété. Sur le plan des limites méthodologiques, cette étude utilise un échantillon regroupant des adolescentes et des femmes, il n'est pas possible d'identifier ce qui caractérise plus particulièrement les adolescentes anorexiques comparativement aux anorexiques adultes sur le plan de la honte et de la phobie sociale. De plus, le groupe témoin utilisé présente des psychopathologies de dépression et d'anxiété, ce qui ne permet pas d'évaluer l'écart entre une population anorexique et une population sans difficulté de santé mentale.

La quatrième étude recensée, celle de Geller *et al.* (2000), examine l'association entre certains patterns cognitifs lors de relations interpersonnelles et la présence d'anorexie. Leur échantillon est composé de 63 femmes âgées entre 18 et 47 ans réparties en 3 groupes : 21 avec symptômes actifs d'anorexie, 21 avec problèmes de

santé mentale variées et 21 sans difficultés d'adaptation particulières. La tendance à s'auto-évaluer en fonction des critères établis par les pairs, à supprimer sa colère, à s'oublier et à se placer sous silence ont été mesurés à l'aide du Silencing the Self Scale de Jack et Dill (1992). Ainsi, il ressort que les sujets présentant une anorexie mentale ont davantage tendance à s'auto-évaluer en fonction de critères externes établis par leurs pairs que les sujets témoins et ceux présentant des problématiques psychiatriques. Les résultats démontrent également que les sujets présentant une anorexie mentale ont davantage tendance à supprimer leur colère lors d'interactions sociales que les sujets témoins et ceux présentant des difficultés psychiatriques. Les sujets présentant une anorexie mentale ont aussi davantage tendance à se placer sous silence et à s'oublier pour le bien des autres lors d'interactions sociales que les sujets témoins et ceux présentant des difficultés psychiatriques. La principale lacune méthodologique de cette étude correspond au fait que son échantillon n'est pas uniquement composé d'adolescentes, ce qui ne permet pas d'identifier ce qui caractérise plus particulièrement les adolescentes anorexiques comparativement aux anorexiques adultes.

Pour leur part, Keith *et al.* (2009) ont évalué, auprès de femmes présentant des troubles alimentaires, le sentiment de honte qu'elles ressentaient à l'égard de leur caractère, leurs comportements, leur corps et leur manière de s'alimenter. L'échantillon est composé de 52 femmes âgées en moyenne de 33 ans et présentant des symptômes actifs de troubles alimentaires. Aucune distinction entre les sous-types de troubles alimentaires n'a été réalisée. Ces auteurs observent que des symptômes sévères de troubles alimentaires permettent de prédire la présence de honte généralisée (expériences de honte vécues à plusieurs les niveaux). Toutefois, la présence de symptômes de troubles alimentaires, n'étant pas qualifiés comme sévères, ne sont pas associés à la présence de honte généralisée ou relative à l'alimentation. Sur le plan des limites, ces chercheurs n'ont pas différencié la présence de honte auprès des différents types de troubles alimentaires. Cette étude transversale ne permet pas non plus d'établir de liens de causalités entre ces variables.

Morrison *et al.* (2003), quant à eux, ont tenté d'étudier la tendance à se comparer des femmes anorexiques. L'échantillon de cette étude est constitué de 236 femmes âgées entre 18 et 63. Parmi elles, 92 présentent des symptômes actifs de troubles alimentaires (29 AR, 24 AB et 39 souffre de boulimie (B)) et 144 ne présentent pas de symptômes de troubles alimentaires. Ces dernières ont été recrutées en milieu universitaire. Les auteurs constatent que les sujets présentant une anorexie mentale ont davantage tendance à évaluer leurs habiletés et leurs comportements en les comparant à ceux d'autrui comparativement aux sujets du groupe témoin. Au niveau des limites méthodologiques, les chercheurs n'ont pas distingué ce qui caractérise plus particulièrement les adolescentes anorexiques comparativement aux anorexiques adultes sur le plan des caractéristiques sociales. De plus, le groupe témoin est composé uniquement de femmes recrutées en milieu universitaire. L'utilisation d'un tel groupe de comparaison ne permet pas d'identifier ce qui caractérise plus spécifiquement les adolescentes anorexiques sur le plan social puisqu'elles ne sont pas comparées à des groupes de comparaison du même âge qu'elles.

L'étude réalisée par Paterson *et al.* (2006) a pour but d'évaluer la capacité de résolution de problèmes sociaux de sujets anorexiques. L'échantillon est composé de 89 femmes âgées de 17 à 42 ans dont 27 présentent des symptômes actifs d'anorexie et 62 ne présentant pas de symptômes d'anorexie et ayant été recrutées en milieu universitaire. La capacité de résolution de problèmes sociaux a été évaluée par le Social Problem Solving Inventory-Revised (SPSI-R) de D'Zurilla, Nezu et Maydeu-Oliveres (1995). Ce questionnaire permet de mesurer si le sujet présentait un style de résolution rationnel, impulsif ou évitant. Cette étude a permis d'établir que les sujets présentant une anorexie mentale obtiennent des scores plus élevés à échelle relative à un style de résolution de problème impulsif et évitant et des scores plus faibles à l'échelle relative au style rationnel que les sujets du groupe témoin. Ainsi, plutôt que de résoudre leurs conflits en formulant des solutions claires et en générant des alternatives proactives, les participantes souffrant d'anorexie mentale auraient davantage tendance à agir sous le coup de l'impulsion et de la colère ou de manière peu impliquée, passive ou

irresponsable. Sur le plan des limites, ces chercheurs n'ont pas distingués les caractéristiques sociales principalement associées aux adolescentes anorexiques de celles associées aux anorexiques adultes. De plus, les sujets de l'étude ont pour leur part déjà reçu des traitements pour leur anorexie ce qui a pu influencer les résultats obtenus. De plus, comme pour l'étude précédente, le groupe témoin est composé uniquement de femmes recrutées en milieu universitaire.

L'étude de Sweetingham et Waller (2007), quant à elle, a pour objectif d'observer l'association entre la présence de dysfonctions alimentaires et le fait d'avoir subi des taquineries à l'égard de son apparence durant l'enfance ainsi que la honte ressentie par rapport à son apparence. L'échantillon est formé de 92 femmes âgées entre 18 et 28 ans souffrant toute d'un trouble alimentaire actif (7 AR, 7 AB, 32 B et 46 souffrant d'un trouble alimentaire non spécifié(NS)). Le fait d'avoir subi des taquineries a été mesuré dans le cadre d'une entrevue. Les résultats de cette étude indiquent que des scores élevés à l'échelle d'insatisfaction corporelle chez des sujets présentant des troubles alimentaires sont corrélés positivement à la présence d'anxiété sociale. Par ailleurs, ces auteurs constatent que, d'une part, les sentiments de honte sont associés à la présence d'insatisfaction corporelle et que, d'autre part, le fait d'avoir été taquiné par ses pairs par rapport à son apparence est associé à un plus haut niveau de honte face à son caractère, son comportement et son corps. Autrement dit, les sentiments de honte agiraient comme variable médiatrice entre le fait d'avoir été victime de taquineries face à l'apparence physique et la présence d'insatisfactions corporelles. En ce qui a trait aux lacunes méthodologiques, les chercheurs n'ont pas utilisé de groupe témoin. De plus, les résultats des anorexiques boulimiques ne sont pas distingués de ceux des anorexiques restrictives lors des analyses. Cette non-distinction des sous-types d'anorexie contribue dans le cas échéant à masquer des différences possibles entre ces deux sous-groupes cliniques.

De leur côté, Tiller *et al.* (1997) ont tenté d'examiner les caractéristiques du réseau social de soutien de sujets souffrant d'anorexie et de boulimie. Cette étude



regroupe 211 femmes recrutées en milieu universitaire et réparties en trois groupes : 44 présentant un diagnostic d'anorexie, 81 présentant un diagnostic de boulimie et 86 sans diagnostic de trouble alimentaire. Ces auteurs constatent que les sujets présentant une anorexie mentale perçoivent recevoir moins de soutien de la part de leurs amis que les sujets du groupe témoin. Sur le plan des lacunes méthodologiques, les chercheurs n'ont pas distingué ce qui caractérise plus particulièrement les adolescentes anorexiques comparativement aux anorexiques adultes sur le plan des caractéristiques sociales. Le groupe témoin est également composé uniquement de femmes recrutées en milieu universitaire. De plus, comme pour l'étude précédente, les résultats des anorexiques boulimiques ne sont pas distingués de ceux des anorexiques restrictives lors des analyses statistiques.

Troop et Bifulco (2002), quant à eux, ont cherché à établir s'il y avait une association entre le fait de s'être perçue seule, timide et inférieure au moment de l'adolescence et la présence de dysfonctions alimentaires à l'âge adulte. Cette étude porte sur un échantillon de 63 femmes âgées en moyenne de 25,5 ans. Cet échantillon est composé de 43 femmes souffrant d'un trouble alimentaire (15 AR, 16 AB et 12 B) et 20 femmes n'ayant jamais présenté de trouble alimentaire et recrutées en milieu universitaire. Les résultats montrent que les sujets présentant une anorexie restrictive ne se distinguent pas des sujets témoins concernant leur perception d'avoir été seules, timides et inférieures au moment de leur adolescence (avant le début de la maladie). Par ailleurs, les sujets présentant une anorexie boulimique rapportent s'être perçues davantage seules et inférieures au moment de leur adolescence que les sujets présentant une anorexie restrictive et les sujets du groupe témoin. Au niveau des limites méthodologiques, le caractère rétrospectif de cette étude peut avoir un impact sur la portée des résultats puisque l'on demande aux sujets de se rappeler comment elles se comportaient sur le plan social durant leur adolescence.

Dans cette dernière étude de Troop *et al.* (2003), les chercheurs visaient également à vérifier si la présence de comportements de soumission et la tendance à se

comparer de manière négative sont associées à la présence de dysfonctions alimentaires. L'échantillon est formé de 94 femmes et 7 hommes présentant des symptômes actifs de trouble alimentaire (23 AR, 15 AB, 51 B et 12 NS). Un groupe témoin composé de 101 femmes et hommes a également été apparié selon le sexe et l'âge. Sur le plan des résultats, les auteurs notent que les sujets présentant un trouble alimentaire obtiennent des scores supérieurs à ceux des sujets du groupe témoin à l'échelle de comparaison sociale (se perçoit de manière plus défavorable lorsqu'ils se comparent aux autres). Troop *et al.* (2003) notent que les sujets présentant un trouble alimentaire obtiennent aussi des scores supérieurs à l'échelle de soumission comparativement aux sujets du groupe témoin. Sur le plan des lacunes méthodologiques, les chercheurs n'ont pas distingué ce qui caractérise plus particulièrement les adolescentes anorexiques comparativement aux anorexiques adultes sur le plan des caractéristiques sociales. De plus, les différences observables entre les hommes et les femmes n'ont pas été soulevées par les chercheurs.

## 2.4 Résumé des études

Préalablement à la maladie, les sujets présentant une anorexie boulimique rapportent s'être sentis davantage seuls et inférieurs au moment de leur adolescence que les sujets présentant une anorexie restrictive et ceux du groupe de comparaison (Troop et Bifulco, 2002). Cette donnée indique donc des différences possibles entre les sujets présentant une anorexie boulimique et restrictive en ce qui concerne leur perception d'eux-mêmes sur le plan social (Troop et Bifulco, 2002). Une fois la maladie installée, les données de recherche indiquent que les sujets présentant une anorexie mentale ont davantage tendance à se placer sous silence, à s'auto-évaluer en fonction de critères externes, à s'oublier et à supprimer leur colère lors d'interactions sociales que les sujets témoins (Geller *et al.*, 1999). En outre, ils présentent des scores significativement plus élevés aux échelles permettant d'évaluer la honte internalisée (Grabhorn *et al.*, 2006; Keith *et al.*, 2009), l'anxiété sociale et les insécurités sociales (Sweetingham et Waller, 2007), l'oubli de soi (Bachner-Melman *et al.*, 2006), la tendance à se comparer négativement aux autres (Connan *et al.*, 2007; Morrisson *et al.*, 2003), à adopter des

comportements de soumission (Connan *et al.*, 2007; Troop *et al.*, 2003) et à utiliser un style de résolution de problème impulsif et évitant (Paterson *et al.*, 2006). Enfin, les sujets présentant une anorexie mentale perçoivent recevoir moins de soutien de la part de leurs amis que les sujets du groupe témoin (Tiller *et al.*, 1997).

### 3. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES

L'ensemble des informations colligées auprès d'échantillons non cliniques d'adolescentes recrutées en milieu scolaire tend à montrer une certaine relation entre des difficultés sur le plan de l'image corporelle ainsi que l'adoption de comportements alimentaires restrictifs et certains comportements sociaux. Il ressort que l'impression de partager des relations amicales peu satisfaisantes (Gerner et Wilson, 2005; Zaitsoff *et al.*, 2002), de vivre de l'insécurité et de l'anxiété dans les situations sociales (Schutz et Paxton, 2007), de percevoir des avantages reliés à la minceur sur le plan des relations interpersonnelles (Gerner et Wilson, 2005; Lieberman *et al.*, 2001) et de subir de la pression de la part de ses pairs (Lieberman *et al.*, 2001; Zaitsoff *et al.*, 2002) affecteraient négativement la perception que les adolescentes ont d'elles-mêmes et de leur corps ce qui les amènerait à adopter des conduites alimentaires restrictives.

Par ailleurs, les données recensées auprès de sujets présentant une anorexie mentale indiquent, d'une part, qu'avant l'installation de la maladie, les sujets présentant une anorexie boulimique rapportent s'être sentis davantage seuls et inférieurs au moment de leur adolescence que les sujets présentant une anorexie restrictive et que les sujets du groupe de comparaison (Troop et Bifulco, 2002). D'autre part, une fois que la maladie est installée, les sujets présentant une anorexie mentale semblent présenter davantage de vulnérabilités personnelles sur le plan social. En effet, les sujets anorexiques ont tendance à se placer sous silence, à s'auto-évaluer en fonction de critères externes, à s'oublier et à supprimer sa colère (Geller *et al.*, 1999). Elles vivent sentiments de honte (Grabhorn *et al.*, 2006; Keith *et al.*, 2009) et de l'anxiété sociale (Sweetingham et Waller, 2007). De plus, elles rapportent se comparer aux autres

(Connan *et al.*, 2007; Troop *et al.*, 2003), se soumettre (Connan *et al.*, 2007; Troop *et al.*, 2003), utiliser un style de résolution de problème impulsif et évitant (Paterson *et al.*, 2006) et bénéficier d'un moins bon soutien social que les sujets provenant de la population générale (Tiller *et al.*, 1997).

Ces résultats semblent donc indiquer une relation entre ces attitudes et comportements sociaux et la présence de conduites alimentaires restrictives chez des sujets non cliniques ou d'une anorexie mentale chez les sujets cliniques. Ces résultats invitent également à distinguer les adolescentes présentant une anorexie restrictive et celles présentant une anorexie boulimique puisque les adolescentes anorexiques boulimiques semblent présenter davantage de difficultés avant le début de la maladie que les adolescentes présentant une anorexie restrictive.

#### 4. LIMITES DES ÉTUDES

Différentes lacunes méthodologiques limitent la portée des résultats. En premier lieu, on note que certains chercheurs utilisent des échantillons composés de personnes présentant différents types de troubles alimentaires sans faire de distinction entre ces différents sous-groupes cliniques lors de l'analyse des données. Cette manière de procéder ne permet pas d'identifier les caractéristiques sociales qui sont spécifiques aux adolescentes anorexiques (Keith *et al.*, 2009; Sweetingham et Waller, 2007). Dans le même ordre d'idées, on constate que certains chercheurs qui utilisent des échantillons d'adolescentes et d'adultes anorexiques ne distinguent pas les anorexiques boulimiques des anorexiques restrictives lors des analyses (Bachner-Melman *et al.*, 2006, Keith *et al.*, 2009, Tiller *et al.*, 1997). Or, certaines données de recherche tendent à démontrer que les adolescentes anorexiques boulimiques se distinguent des adolescentes anorexiques restrictives tant sur les plans psychologique, familial que social (DSM-IV-TR, 2004). Cette non-distinction des types d'anorexie contribue dans le cas échéant à masquer des différences possibles entre ces deux sous-groupes cliniques.

Par ailleurs, pour ce qui est des groupes témoins, quatre des 11 études recensées visent à comparer des échantillons composés d'adolescentes et d'adultes anorexiques à des groupes témoins composés de femmes recrutées en milieu universitaire (Morrison *et al.*, 2003; Paterson *et al.*, 2006; Tiller *et al.*, 1997; Troop et Bifulco, 2002). L'utilisation de tels groupes de comparaison ne permet pas d'identifier ce qui caractérise plus spécifiquement les adolescentes anorexiques sur le plan social puisqu'elles ne sont pas comparées à des groupes de comparaison du même âge qu'elles.

En outre, il apparaît que les études réalisées auprès d'échantillons d'adolescentes ne présentant pas de troubles alimentaires diagnostiqués ne permettent pas d'identifier les caractéristiques sociales qui sont propres aux adolescentes anorexiques puisque celles-ci ne le sont pas et ne le deviendront peut-être pas (Gerner et Wilson, 2005; Lieberman *et al.*, 2001; Schutz et Paxton, 2007; Zaitsoff *et al.*, 2002). Cependant, les caractéristiques sociales résultant de ces études peuvent être interprétées à titre informatif et dans une visée de continuum des difficultés sociales. Elles peuvent être utiles pour identifier certaines difficultés sociales susceptibles d'exister avant le début de la maladie.

Enfin, cette recension des écrits a permis de réaliser que toutes les études portant sur des échantillons cliniques incluent à la fois des adolescentes et des adultes anorexiques dans leur échantillon. Ceci ne permet donc pas de distinguer ces deux sous-groupes de sujets lors des analyses (Bachner-Melman *et al.*, 2006; Connan *et al.*, 2007; Geller *et al.*, 2000; Grabhorn *et al.*, 2006; Keith *et al.*, 2009; Morrison *et al.*, 2003; Paterson *et al.*, 2006; Sweethingham et Waller, 2007; Tiller *et al.*, 1997; Troop et Bifulco, 2002; Troop *et al.*, 2003). En procédant de la sorte, les chercheurs ne sont pas en mesure d'identifier ce qui caractérise plus particulièrement les adolescentes anorexiques comparativement aux anorexiques adultes sur le plan social. De plus, il est à même de constater que ces études révèlent peu d'informations sur les difficultés sociales spécifiquement vécues par les adolescentes anorexiques.

## 6. OBJECTIFS POURSUIVIS

La présente étude a pour objectif général de documenter les attitudes et les comportements sociaux d'adolescentes anorexiques une fois la maladie installée. À titre justificatif, les attitudes regroupent l'ensemble des réactions émotives positives ou négatives vécues par un individu face à une situation sociale tandis que les comportements représentent la manière d'agir lors de situations sociales (Lieberman *et al.*, 2001). De façon plus spécifique, le premier objectif de l'étude vise à identifier ce qui permet de distinguer les anorexiques restrictives (AR), les anorexiques boulimiques (AB) et les adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire (AST) sur le plan de la composition du réseau social, de l'insécurité sociale, de l'aliénation sociale, de l'attachement aux amis et du temps passé avec les amis. Le deuxième objectif de l'étude vise à identifier les attitudes et les comportements sociaux les plus fortement associés aux adolescentes anorexiques.

## 7. RETOMBÉES ANTICIPÉES

Une meilleure connaissance des caractéristiques des comportements sociaux des adolescentes anorexiques permettra possiblement de mieux cerner le rôle de ces variables dans le maintien de la maladie. De plus, ces informations pourront éventuellement fournir certaines pistes de prévention et d'intervention pour soutenir le travail des cliniciens impliqués auprès de ces jeunes filles.

## **TROISIÈME SECTION**

### **LA MÉTHODOLOGIE**

Comme mentionné précédemment, la présente étude s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale menée par Pauzé et ses collaborateurs au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke portant sur l'identification des variables les plus fortement associées à la réussite d'une intervention multidimensionnelle chez des adolescentes présentant une anorexie mentale. Ce troisième chapitre a pour but de présenter la méthodologie utilisée afin d'atteindre les objectifs poursuivis. Dans cette section, le devis de recherche, la composition des échantillons, le déroulement de la collecte des données, les instruments de mesure utilisés et les analyses statistiques qui ont été réalisées seront présentés. Les considérations éthiques seront également abordées.

#### **1. DEVIS DE RECHERCHE**

L'étude envisagée s'appuie sur un devis de recherche comparatif et transversal. Dans ce projet, des comparaisons de groupes (anorexiques restrictives, anorexiques boulimiques et adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire) portant sur les résultats obtenus à différents questionnaires mesurant la composition du réseau social de soutien, le temps partagé avec les amis, la qualité de l'attachement aux amis, l'insécurité interpersonnelle et l'aliénation interpersonnelle sont proposées.

#### **2. PARTICIPANTES**

##### **2.1 Composition des sous-groupes**

Cette étude porte sur un échantillon de 33 adolescentes présentant une anorexie restrictive (AR), 7 adolescentes présentant une anorexie boulimique (AB)<sup>1</sup> et 52

---

<sup>1</sup> Le diagnostic d'anorexie mentale a été posé par un pédiatre du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke spécialisé dans cette problématique.

adolescentes ne présentant pas de troubles alimentaires (AST). L'âge et l'indice de la masse corporelle (IMC)<sup>2</sup> de ces sous-groupes d'adolescentes sont présentés dans le tableau qui suit.

Tableau 1  
Âge et indice de masse corporelle (IMC) des adolescentes des différents sous-groupes

	Anorexiques restrictives (AR) n=33	Anorexiques boulimiques (AB) n=7	Adolescentes sans trouble (AST) n=52	Valeurs de F	Comparaisons post-hoc
Âge	14,87	15,71	14,21	F=6,25	p=0,008 AB>AST  p=0,05 AR>AST
IMC	16,65	19,45	20,74	F=16,35	p=0,000 AR<AST

\* p<

Une analyse de variance entre les sous-groupes concernant l'âge moyen des sujets indique une différence significative entre les sous-groupes (F= 6,25, p= 0,003). Des analyses post hoc révèlent que les anorexiques boulimiques sont significativement plus âgées que les adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire (p= 0,008). Il en est de même pour les anorexiques restrictives (p= 0,05). Par ailleurs, on note qu'il n'y a pas de différences significatives concernant l'âge entre les deux sous-groupes d'adolescentes anorexiques (P= 0,230). Bien que significatives sur le plan statistique, ces différences de moyennes concernant l'âge des sujets des différents sous-groupes restent relativement limitées sur le plan développemental et clinique.

<sup>2</sup> Indice de masse corporelle est défini comme le poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m<sup>2</sup>. L'unité est le kilo par mètre carré. Par exemple, une personne qui mesure 1m60 et qui pèse 60 kg a un IMC de 23,4 kg / mètre carré (60 / 1,6\* 1,6 = 60 / 2,56 = 23,4)



Dans un autre ordre d'idées, une analyse de variance entre les sous-groupes concernant l'indice de masse corporelle indique une différence significative entre les sous-groupes ( $F= 16,35$ ,  $p = 0,000$ ). Des analyses post hoc révèlent que l'IMC des anorexiques restrictives est significativement plus bas que celui des adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire ( $p= 0,000$ ). Il n'y a cependant pas de différences significatives entre les anorexiques boulimiques et les adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire sur cette dimension ( $p= 0,537$ ). Il en est de même entre les deux sous-groupes d'anorexiques ( $p= 0,073$ ).

## **2.2 Recrutement des participantes**

### *2.2.1 Recrutement des adolescentes anorexiques*

Dans le cadre du processus de prise en charge habituel à la clinique des troubles alimentaires du CHUS, tous les enfants, toutes les adolescentes et adolescents et leurs parents sont évalués à l'aide de multiples instruments de mesure visant à documenter les caractéristiques médicales, biologiques, alimentaires, personnelles, familiales et sociales. Ces instruments de mesure sont administrés assez tôt après l'évaluation médicale (deuxième visite). Pour les adolescentes hospitalisées rapidement après le premier contact ou par l'urgence, les instruments de mesure sont administrés dès la stabilisation de l'état de santé physique de la jeune sur l'unité interne (environ deux semaines).

La passation des questionnaires est assumée par l'infirmière de l'équipe qui a reçu une formation à cet effet. Il s'agit essentiellement de présenter les instruments de mesure et de connecter les participantes et participants au site Internet sécurisé. Les données colligées à l'aide de ces instruments d'évaluation sont entrées dans une base de données informatique. Un traitement informatique des données permet de générer un bilan clinique complet de l'enfant/adolescent(e) et de sa famille, en plus de produire électroniquement un rapport d'une quinzaine de pages. Ce rapport est généré par le

groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke (GRISE). Le rapport (avec uniquement le numéro de recherche et le prénom) est envoyé à l'infirmière qui le fait parvenir aux intervenants impliqués dans la situation en question. Ce bilan est discuté avec l'adolescente et ses parents (pour les 14 ans et plus, avec le consentement de l'adolescente). Ce rapport est versé au dossier de l'enfant/adolescente/adolescent.

Une fois les tests complétés en ligne, on propose aux enfants/adolescentes et aux parents de faire partie du projet de recherche «Banque de données sur les troubles de la conduite alimentaire». Lorsqu'ils acceptent, les consentements sont signés. Globalement, 95% des adolescentes et de leurs parents acceptent de participer à la collecte des données pour des fins de recherche.

### *2.2.2 Recrutement des adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire*

Le recrutement des adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire s'est déroulé comme suit. Une rencontre avec la direction d'une école secondaire de la Rive-Sud de Montréal a eu lieu au début du mois de mars 2011 afin de présenter le projet et obtenir l'approbation de l'établissement. Par la suite, des enseignants du secondaire deux et du secondaire trois ont été contactés afin de leur présenter le projet ainsi que son déroulement. Ils ont été informés de l'appui obtenu de la direction pour réaliser cette collecte des données auprès des étudiantes de leurs classes.

Ces enseignants ont donc donné leur accord pour que la chercheuse passe en début de classe pour présenter l'étude aux étudiantes âgées de 14 à 16 ans. Trois classes de secondaire deux ainsi que trois classes de secondaire trois ont été sollicitées. Lors de ces rencontres en classe, un feuillet explicatif a été remis à toutes les adolescentes âgées de 14 à 16 ans et une présentation de l'étude a été faite. Suite à la présentation de l'étude et après avoir répondu aux questions des élèves, une lettre de consentement a été remise aux étudiantes intéressées à participer à la recherche. Les adolescentes ont signé le

formulaire de consentement et l'ont remis à leurs parents afin que ceux-ci donnent leur consentement à ce que leur fille participe à la recherche. Les adolescentes devaient absolument signer le formulaire de consentement puisqu'elles devaient donner leur accord à ce que leurs résultats soient communiqués à leurs parents si elles présentaient des difficultés sévères au niveau de leurs conduites alimentaires, c'est-à-dire des scores au-dessus du seuil clinique aux trois échelles spécifiques aux désordres alimentaires. Les adolescentes qui ont refusé de signer le formulaire de consentement n'ont pu participer et ont été remerciées pour l'intérêt porté à l'étude.

### 3. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Les étudiantes qui ont donné leur consentement à participer à l'étude et dont les parents ont également donné leur consentement pour que leur adolescente participe à la recherche ont été invitées à compléter les questionnaires sur l'heure du dîner. Deux plages horaires leur ont été offertes à cet effet et les participantes devaient se présenter une seule fois selon la journée de leur choix. Ces rencontres ont duré environ 45 minutes chacune.

Lors de la passation des questionnaires, tous les questionnaires ont préalablement été numérotés de 101 à 155 et déposés sur les pupitres avant l'arrivée des adolescentes. Une fois les adolescentes présentes, la chercheuse principale a recueilli le numéro d'identification, le nom, l'âge et le numéro de téléphone de chaque adolescente. La chercheuse a également recueillie les formulaires de consentement et s'est assurée qu'ils étaient tous signés par l'adolescente et le parent tout en s'assurant que les adolescentes acceptaient que leurs parents soient contactés si elles présentaient des difficultés sévères au niveau de leurs conduites alimentaires. La chercheuse principale a conservé la feuille qui permettait de faire le lien entre le nom de l'étudiante et son numéro d'identification.

Par la suite, la chercheuse s'est assurée de bien expliquer les procédures à suivre pour compléter les questionnaires. Afin de s'assurer que les étudiantes recrutées ne présentaient pas de troubles alimentaires, elles ont dans un premier temps complété trois sous-échelles du Eating Disorder Inventory (EDI-3) de Garner (2004) permettant d'établir la présence ou non d'un trouble alimentaire. Ce questionnaire complété, elles ont ensuite complété les questionnaires sur leurs comportements sociaux (voir la liste des questionnaires dans la section suivante). Un chèque-cadeau de \$10.00 au centre d'achats de la région a été remis à chacune des participantes comme contribution symbolique pour leur participation à la recherche.

Suite à cette rencontre la chercheuse s'est assurée qu'aucune des adolescentes recrutées ne présentaient de trouble alimentaire. Pour ce faire, elle a procédé au calcul des scores aux trois sous-échelles spécifiques aux désordres alimentaires (recherche active de la minceur, comportements boulimiques et insatisfactions concernant le corps). Trois adolescentes sur les 55 recrutées ont été retirées de l'étude. Deux des adolescentes ont été retirées parce qu'il manquait des informations concernant leur poids et leur taille et une adolescente a été retirée parce qu'elle obtenait une score élevé aux sous-échelles des troubles alimentaires selon le questionnaire EDI-3 de Garner (2004). Cette adolescente a été contactée par la chercheuse principale et des références d'aide lui ont été données.

#### 4. INSTRUMENTS DE MESURE

Dans l'ordre, le EDI-3 de Garner (2004) permettant d'évaluer l'absence de désordres alimentaires chez les sujets du groupe de comparaison, la carte de réseau développée par l'équipe d'intervention du centre hospitalier Douglas (Desmarais, Blanchet et Mayer, 1982), le questionnaire sur le temps partagé avec les amis de Frederiksen et Sorensen (1977) ainsi que l'adaptation française de l'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) d'Armsden et Greenberg (1987) seront présentés dans cette sous-section.

#### 4.1 Eating Disorder Inventory

L'EDI-3 (Garner, 2004) est une mesure standardisée et facile à administrer donnant des scores objectifs et des profils qui sont utiles dans la conceptualisation des cas et dans la planification du traitement pour les individus avec un trouble alimentaire confirmé ou suspecté. L'EDI-3 a été élaboré pour une utilisation auprès d'adolescentes d'au moins 13 ans et de femmes adultes. L'EDI-3 est composé de 91 items de type Likert en 6 points allant de « toujours » à « jamais ». Les items sont organisés en 12 échelles. Trois sous-échelles permettent d'évaluer la sévérité des troubles alimentaires (recherche active de la minceur, comportements boulimiques et insatisfactions concernant le corps) et neuf sous-échelles permettent d'évaluer différentes caractéristiques psychologiques souvent associées aux troubles alimentaires (faible estime de soi, aliénation personnelle, insécurité interpersonnelle, aliénation interpersonnelle, déficits de l'introspection, manque de régulation émotionnelle, perfectionnisme, ascétisme et peur de la maturité). Toutes les adolescentes du groupe de comparaison ont complété les trois échelles relatives aux désordres alimentaires.

Ces adolescentes ont aussi complété les deux échelles psychologiques d'insécurité interpersonnelle et d'aliénation interpersonnelle. À titre explicatif, l'insécurité interpersonnelle mesure la difficulté des sujets à s'ouvrir à leurs amies, à exprimer leurs émotions et leurs pensées à leurs amies, la tendance à se sentir tendues lors de situations sociales ainsi que de préférer passer du temps seule qu'avec d'autres personnes. Pour ce qui est de l'aliénation interpersonnelle, cette dimension évalue la méfiance ressentie à l'égard des relations interpersonnelles. De manière plus spécifique, cette échelle évalue la tendance à faire plus difficilement confiance aux autres, à vivre peu de relations proches (intimes) avec autrui, à ressentir le besoin de conserver une certaine distance avec les gens (sentiment d'inconfort si une personne tente de trop s'approcher), à se sentir coincée ainsi que l'impression que les gens qu'elles aiment finissent par les décevoir ou que peu de gens l'aiment.

Au niveau des propriétés psychométriques, la cohérence interne des échelles varie pour l'échantillon d'adolescentes de 0.63 à 0.96, la grande majorité des coefficients étant supérieure à 0.85 (Garner, 2004; Atlas, 2007). Au niveau de la fidélité test-retest, elle est excellente, variant entre 0,86 et 0,98, la quasi-totalité des coefficients se situant à plus de 0.92 (Garner, 2004). Au niveau des corrélations entre l'EDI-3 et d'autres mesures de troubles alimentaires, on note que les corrélations entre les échelles de l'EDI-3 et la version précédente de l'instrument (EDI-2) varient entre 0.71 et 0.99 chez les adolescents. Les corrélations entre l'EDI-3 et le Eating Attitudes Test (EAT-26) de Garner et Garfinkel (1979) varient entre 0.23 et 0.70 selon les différentes échelles (Atlas, 2007). En regard au Bulimia Test-Revised (BULIT-R) de Wonderlick, et Smith (1991), les coefficients varient entre 0.15 et 0.83 selon les échelles de l'EDI-3 (Garner, 2004).

En regard à la corrélation entre l'EDI-3 et des mesures de la personnalité ou la psychopathologie, les résultats des analyses indiquent que pour le Rosenberg Self-Esteem Scale de Rosenberg (1965) et le Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) de Radloff (1977) les coefficients varient respectivement entre 0.13 et 0.82 en fonction des échelles et entre 0.26 et 0.77 (Garner, 2004; Atlas, 2007). Face à l'Inventaire Clinique Multiaxial de Millon, version II (MCMI-II) (1987) qui mesure la psychopathologie adulte, les faibles corrélations entre les échelles de trouble alimentaire et le MCMI-II ajoutent du poids quant à la validité discriminante de l'EDI-3 (Garner, 2004). Au niveau des échelles psychologiques, on retrouve des indices démontrant une bonne validité discriminante et convergente de ces échelles (Garner, 2004; Atlas, 2007).

#### **4.2 Composition du réseau social de soutien**

La composition du réseau social est documentée à l'aide de la carte de réseau développée par l'équipe d'intervention du centre hospitalier Douglas (Desmarais, *et al.*, 1982). Les adolescentes du groupe de comparaison ont indiqué sur cette carte les personnes qu'elles connaissent et côtoient tout en précisant la nature de leurs liens avec

elles. Cet outil permet d'évaluer la densité (c'est-à-dire le nombre de personnes qui le composent) et la diversité du réseau (c'est-à-dire le nombre de catégories représentées: amis, collègues, voisins, famille, intervenants, par exemple) mais également sa structure (soit le nombre de personnes provenant de la famille et de la parenté, le nombre d'amies et d'amis, le nombre de compagnons de loisir, d'entraîneurs et de professeurs et le nombre de personnes de plus de 18 ans).

### **4.3 Temps partagé**

Ce court questionnaire s'inspire de l'étude de Cochran et Bø (1989). Il s'agit d'un outil visant à évaluer la quantité de temps que la jeune partage à chaque jour avec chacun de ses parents, ses amis et seul. On entend par le terme temps partagé, le temps réel durant lequel l'adolescente est en interaction directe avec ces personnes. Les items sont de type Likert en cinq points allant de « aucun temps » à « plus de trois heures ». Chaque question se subdivise en deux afin de questionner la quantité de temps partagé avec la personne durant la semaine et la fin de semaine.

### **4.4 Attache ment envers les amis**

Ce questionnaire est l'adaptation française de l'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) d'Armsden et Greenberg (1987). L'instrument vise à mesurer les attitudes sociales relatives à l'attachement aux parents et aux amis à l'adolescence. Les adolescentes du groupe témoin ont complétés 25 items visant à mesurer leur attachement à leurs amis. Les énoncés sont répartis en trois sous-échelles : confiance (reflète le degré de compréhension mutuelle et de respect), communication (mesure l'étendue de la communication orale) et aliénation (évalue les sentiments de colère et d'isolement interpersonnel). Les items sont répondus selon une échelle Likert à cinq points allant de « jamais ou presque jamais vrai » à « presque toujours vrai ». Un score global faible à ce questionnaire est un indice d'un attachement insécure.

Au niveau des qualités psychométriques de l'IPPA, Armsden et Greenberg (1987) rapportent que les échelles sont hautement corrélées, avec des coefficients allant de 0.76 à -0.40. Au niveau du questionnaire concernant les amis, des coefficients alpha de 0.91, 0.87 et 0.72 ont été rapportés dans les sous-échelles de confiance, de communication et d'aliénation (Armsden et Greenberg, 1987). Cependant, des recherches subséquentes ont trouvé des scores plus faibles de fidélité (Lapsley, Rice et FitzGerald, 1990). Armsden et Greenberg (1987) ont rapporté une fidélité test-retest (délai de 3 semaines) obtenant des scores de 0.93 (attachement face aux parents) et 0.86 (attachement face aux amis).

## 5. MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Afin d'identifier ce qui distingue les différents sous-groupes de sujets (anorexiques restrictives, anorexiques boulimiques et adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire) au niveau des attitudes et des comportements sociaux nous avons utilisé l'analyse de variance simple (Anova). Par la suite, une analyse de régression logistique a été faite afin d'identifier les attitudes et comportements sociaux les plus fortement associés à l'anorexie mentale.

## 6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La collecte des données auprès des adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke. Par ailleurs, la collecte des données auprès des adolescentes anorexiques a été approuvée par le comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke.



## QUATRIÈME SECTION

### LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

La présentation des résultats se fera en fonction des deux objectifs de l'étude qui rappelés le vise 1- à identifier ce qui permet de distinguer les anorexiques restrictives (AR), les anorexiques boulimiques (AB) et les adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire (AST) sur le plan de la composition du réseau social, de l'insécurité sociale, de l'aliénation sociale, de l'attachement aux amis et du temps passé avec les amis et 2- à identifier les attitudes et comportements sociaux les plus fortement associés aux adolescentes anorexiques.

#### 1. CARACTÉRISTIQUES DES ADOLESCENTES ANOREXIQUES SUR LE PLAN SOCIAL

Cette première section a pour objectif d'identifier ce qui permet de distinguer les anorexiques restrictives (AR), les anorexiques boulimiques (AB) et les adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire (AST) sur le plan social. Les comparaisons entre les trois sous-groupes portent dans l'ordre sur la composition du réseau social de soutien, sur les attitudes et comportements des adolescentes dans leurs relations sociales et sur le temps passé avec les amis.

##### 1.1 Composition du réseau social de soutien

Le tableau suivant vise à présenter les moyennes des différents sous-groupes de sujets aux différentes dimensions qui caractérisent le réseau social de soutien. Le résultat des analyses indiquent que les AST ont davantage d'amis que les AR ( $F= 4,94$ ,  $p= 0,009$ ). En outre, il appert que les AR et les AB comptent sur davantage d'intervenants dans leur réseau social de soutien que les AST ( $F= 19,62$ ,  $p= 0,000$ ). Les trois sous-groupes ne se distinguent pas sur les autres dimensions du réseau social de soutien soit le nombre de personnes dans la famille, le nombre de personnes dans la

parenté, le nombre de compagnons de loisir, le nombre de professeurs, le nombre de personnes de plus de 18 ans, le nombre de personnes de moins de 18 ans, la densité et la diversité du réseau social de soutien. Les résultats de ces comparaisons indiquent également que les AR et les AB ne se distinguent pas sur l'ensemble de ces dimensions.

Tableau 2

Caractéristiques du réseau social de soutien des différents sous-groupes de sujets

Dimensions du réseau social de soutien	Anorexiques restrictives (AR) n=33	Anorexiques boulimiques (AB) n=7	Adolescentes sans trouble (AST) n=52	Valeurs de F	Comparaisons post-hoc
Nombre de personne dans la famille	3,13	2,00	3,23		
Nombre de personnes dans la parenté	2,66	1,63	3,50		
Nombre de compagnons de loisir	3,63	3,00	2,73		
Nombre d'amis	4,25	4,63	6,69	F=4,94	p= 0,009 AST>AR
Nombre de professeurs	1,19	0,75	0,67		
Nombre d'intervenants	1,22	2,00	0,17	F=19,62	p= 0,000 AR et AB>AST
Nombre de personnes >18 ans	7,78	7,63	6,12		
Nombre de personnes <18 ans	8,28	6,38	10,88		
Densité	16,06	14,00	17,00		
Diversité	4,56	4,75	4,04		

## 1.2 Attitudes et comportements des adolescentes dans leurs relations sociales

Différents comportements et attitudes dans les relations sociales ont été évalués dans cette étude soit l'insécurité interpersonnelle, l'aliénation interpersonnelle, la confiance face aux amis, la qualité de la communication avec les amis et le niveau d'aliénation face aux amis. Les scores moyens obtenus par chacun des sous-groupes à ces différentes sous-échelles sont présentés dans le tableau qui suit. Des analyses de variance ont été réalisées afin de comparer les trois sous-groupes de sujets sur ces différentes dimensions.

Tableau 3

Attitudes et comportements des adolescentes des différents sous-groupes de sujets sur le plan social

Attitudes et comportements sur le plan social	Anorexiques restrictives (AR) n=33	Anorexiques boulimiques (AB) n=7	Adolescentes sans trouble (AST) n=52	Valeurs de F	Comparaisons post-hoc
Insécurité interpersonnelle	9,53	10,57	5,08	F= 7,28	p= 0,001 AR et AB>AST
Aliénation interpersonnelle	6,28	9,86	5,25	F= 4,10	p= 0,020 AB>AST
Confiance face aux amis	37,06	36,63	40,50	F= 5,06	p= 0,008 AR<AST
Communication face aux amis	29,13	32,13	31,65		
Aliénation face aux amis	17,34	18,38	13,15	F= 15,52	p= 0,000 AR et AB>AST

La lecture du tableau précédent permet de constater que les AR et les AB obtiennent des scores significativement plus élevés que les AST aux sous-échelles de l'insécurité interpersonnelle (F= 7,28, p= 0,001) et de l'aliénation face aux amis (F= 15,52, p= 0,000). Sur le plan de l'insécurité interpersonnelle, les AR et les AB rapportent présenter davantage de difficultés à exprimer leurs émotions et leurs pensées

à leurs amies, se sentir plus tendues lors de situations sociales et préférer passer du temps seule qu'avec d'autres personnes que les AST. Au niveau de l'aliénation face aux amis, les AR et les AB rapportent ressentir davantage de colère envers leurs amis, avoir de la difficulté à partager leurs problèmes sans se sentir honteuses et semblent avoir le sentiment que leurs amis ne les comprennent pas et ne saisissent pas leur réelle détresse.

Par ailleurs, il apparaît que les AB obtiennent un score moyen plus élevé que les AST à la sous-échelle de l'aliénation interpersonnelle ( $F= 4,10$ ,  $p= 0,020$ ). Ce résultat indique que les AB, en comparaison aux AST, ont davantage tendance à faire plus difficilement confiance aux autres, à avoir l'impression que les gens qu'elles aiment finissent par les décevoir et à croire que peu de gens les aiment. De plus, au niveau de leurs relations, elles ont tendance à vivre peu de relations proches avec autrui, se sentir coincées et ressentir le besoin de conserver une certaine distance avec les gens.

Enfin, les AR obtiennent un score moyen significativement plus bas que les AST à la sous-échelle de la confiance face aux amis ( $F= 5,06$ ,  $p= 0,008$ ). Ce résultat indique que les AR rapportent se sentir moins acceptées, écoutées et comprises par leurs amis que les AST. En ce sens, les AR rapportent également avoir l'impression de se sentir peu respectées par leurs amis, éprouver plus de difficultés à se confier et sentir qu'elles peuvent difficilement compter sur leurs amis. Enfin, les résultats de ces comparaisons indiquent que les AR et les AB ne se distinguent pas sur l'ensemble de ces dimensions.

#### **1.4 Le temps passé avec les amis**

Le tableau qui suit vise à présenter les données concernant le temps passé par ces différents sous-groupes d'adolescentes avec leurs amis la semaine et la fin de semaine et le temps passé seule la semaine et la fin de semaine. La lecture du tableau précédent permet de constater que les AB passe plus de temps seule la fin de semaine que les AST ( $F= 4,61$ ,  $p= 0,012$ ). Ici non plus, aucune différence entre les AR et les AB sur l'ensemble de ces dimensions n'est observée.

Tableau 4

Le temps passé seule et avec les amis chez les différents sous-groupes de sujets

Temps passé seule ou avec les amis	Anorexiques restrictives (AR) n=33	Anorexiques boulimiques (AB) n=7	Adolescentes sans trouble (AST) n=52	Valeurs de F	Comparaisons post-hoc
Le temps passé avec les amis la semaine	3,88	3,88	4,35		
Le temps passé avec les amis la fin de semaine	3,50	3,88	4,19		
Le temps passé seule la semaine	3,50	3,63	3,19		
Le temps passé seule la fin de semaine	3,63	4,38	3,08	F= 4,61,	p= 0,012 AB>AST

## 2. CARACTÉRISTIQUES SOCIALES LES PLUS FORTEMENT ASSOCIÉES À L'ANOREXIE MENTALE

Cette seconde section a pour objectif d'identifier les attitudes et comportements sociaux les plus fortement associés aux adolescentes anorexiques. Afin d'identifier les caractéristiques sociales les plus fortement associées à l'anorexie mentale une analyse de régression logistique a été effectuée. Les variables retenues sont celles qui permettent de distinguer les AST des AR et des AB dans les analyses qui ont été réalisées précédemment. Il est important de mentionner que pour ce test statistique, les AR et les AB ont été regroupées. La première étape a consisté à évaluer le degré de corrélation entre ces variables. L'analyse de ces données permet de constater qu'il n'y a pas de

corrélation plus élevée que 0,61 entre les variables retenues. Nous avons donc décidé de retenir l'ensemble de ces variables lors de l'analyse de régression logistique.

**Tableau 5**  
Caractéristiques sociales les plus fortement associées à l'anorexie mentale

Variables	B	E.S.	Wald	<i>p</i>	Exp(B)
Nombre d'amis	-,130	,084	2,413	0,120	0,878
Insécurité interpersonnelle	,064	,056	1,320	0,251	1,066
Aliénation interpersonnelle	-,107	,082	1,722	0,189	0,898
Confiance face aux amis	,017	,063	0,075	0,784	1,017
Aliénation face aux amis	,259	,094	7,620	0,006	1,296
Temps passé seule la fin de semaine	,161	,219	0,539	0,463	1,175
Constante	-4,527	3,323	1,856	0,173	0,011

Tel que révélé dans le tableau, la seule caractéristique sociale associée à l'anorexie mentale est le fait de présenter un score plus élevé à la sous-échelle d'aliénation face aux amis ( $B = 0,259$ ,  $p = 0,006$ ) ce qui correspond à la tendance à s'isoler sur le plan interpersonnel et à ressentir des sentiments de colère envers ses amis. Ce modèle explique 28,5 % de la variance ce qui est relativement limité. En d'autres termes, la présence d'aliénation face aux amis est associée significativement à l'anorexie mentale chez 28,5 % des sujets anorexiques.

## **CINQUIÈME SECTION**

### **DISCUSSION DES RÉSULTATS**

En guise de rappel, il est important de mentionner que l'objectif général de cette présente étude était de documenter les attitudes et les comportements sociaux d'adolescentes anorexiques une fois la maladie installée. Le premier objectif visait à identifier ce qui permet de distinguer les anorexiques restrictives (AR) les anorexiques boulimiques (AB) et les adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire (AST) sur le plan de la composition du réseau social, de l'insécurité sociale, de l'aliénation sociale, de l'attachement aux amis et du temps passé avec les amis. Le deuxième objectif visait à identifier parmi ces variables celles qui sont les plus fortement associées aux adolescentes anorexiques. Dans ce chapitre, les résultats obtenus, les limites de l'étude et les retombées de cette étude pour l'intervention seront abordés.

#### **1. DISCUSSION CONCERNANT LES RÉSULTATS OBTENUS**

Dans l'ordre, les résultats concernant l'ensemble des adolescentes anorexiques et par la suite les résultats spécifiques aux AR et aux AB seront présentés. Une attention particulière sera d'autant plus portée au fait qu'il n'y a pas de différences observables entre les AR et les AB. Ensuite, le résultat des analyses de régression logistique sera discuté. En guise de conclusion, les conséquences de la dénutrition prolongée sur les comportements sociaux des adolescentes anorexiques seront abordées ainsi que le rôle de facteur de maintien de la maladie que peuvent jouer les difficultés de socialisation.

##### **1.1 Attitudes et comportements sociaux des anorexiques**

Concernant la composition du réseau social de soutien des adolescentes, les résultats de la présente étude indiquent que les AR et les AB ont moins d'amis que les

AST. Par ailleurs, la densité et la diversité du réseau social de soutien des adolescentes anorexiques sont sensiblement les mêmes que celles des AST. La seule différence observée entre les anorexiques et les AST concernent donc le nombre plus restreint d'amis chez les anorexiques. Ce résultat va en partie dans le sens des observations de Lacharité (1991), Bruch 1979 et Treffa et Britten (1993, dans Davies, 2004) qui mettent en évidence la tendance des adolescentes anorexiques à prendre distance des amis au cours des mois précédant la maladie et une fois la maladie installée.

Lorsque l'on observe de plus près les comportements et les attitudes des adolescentes anorexiques à l'égard de leurs amis, les résultats de la présente étude indiquent qu'elles vivent davantage d'insécurité interpersonnelle et d'aliénation face aux amis. Dans les faits, sur le plan de l'insécurité interpersonnelle, évaluée à l'aide du Eating Disorders Inventory-3 de Garner (2004), les AR et les AB rapportent présenter davantage de difficultés à exprimer leurs émotions et leurs pensées à leurs amis, se sentir plus tendues lors de situations sociales et préférer passer du temps seule qu'avec d'autres personnes. Globalement, ce résultat va dans le sens des observations de Bruch (1979) qui affirment que les adolescentes anorexiques vivent davantage de stress dans leurs relations sociales et qu'elles craignent de ne pas être à la hauteur. Cette crainte serait d'ailleurs une source de motivation importante dans la décision d'entreprendre leur diète (Bulik, 2002). Dans le même ordre d'idées, il ressort que les AB passent plus de temps seules la fin de semaine. Ce dernier résultat va dans le sens Troop et Bifulco (2002) qui observent que les sujets présentant une anorexie boulimique rapportent s'être perçues davantage seules au cours de leur adolescence.

Sur le plan de l'aliénation face aux amis, évaluée à l'aide de l'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) d'Armsden et Greenberg (1987), les AR et les AB rapportent ressentir davantage de colère envers leurs amis, avoir de la difficulté à partager leurs problèmes sans se sentir honteuse et semblent avoir le sentiment que leurs amis ne les comprennent pas et ne saisissent pas leur réelle détresse. Ce résultat va en bonne partie dans le sens des études de Grabhorn *et al.* (2006) et de Keith *et al.* (2009)



qui notent que les anorexiques présentent des scores significativement plus élevés de honte. De plus, ce résultat va également dans le sens de l'étude de Geller *et al.* (2000) qui affirment que les anorexiques ont davantage tendance à supprimer leur colère lors d'interactions sociales et à se placer sous silence.

## **1.2 Attitudes et comportements sociaux spécifiques des AR et des AB**

Par ailleurs, les comparaisons intergroupes ont permis d'observer que les AR obtiennent des scores plus élevés à la sous-échelle de confiance face aux amis évaluée à l'aide de l'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) d'Armsden et Greenberg (1987) alors que les AB obtiennent un score plus élevé à l'échelle d'aliénation interpersonnelle évaluée à l'aide du Eating Disorders Inventory de Garner (2004).

D'abord, concernant les AR, il ressort qu'elles ont davantage de difficultés à faire confiance aux autres. Elles rapportent avoir l'impression de se sentir peu respectées par leurs amis, éprouver plus de difficultés à se confier et sentir qu'elles peuvent difficilement compter sur leurs amis. Ce résultat va dans le sens des observations de Tiller *et al.* (1997) qui constatent que les sujets présentant une anorexie mentale perçoivent recevoir moins de soutien de la part de leurs amis que les sujets du groupe témoin.

Enfin, les résultats de la présente étude indiquent que les AB présentent un plus haut niveau d'aliénation interpersonnelle dans leurs relations sociales, c'est-à-dire de méfiance. Elles ont davantage l'impression que les gens qu'elles aiment finissent par les décevoir et que peu de gens les aiment. Enfin, elles ont tendance à vivre peu de relations proches avec autrui, à se sentir coincées dans les relations sociales et à ressentir le besoin de conserver une certaine distance avec les gens. Ce résultat va dans le sens des observations de Bruch qui observe que les anorexiques ont tendance à éviter le contact avec les personnes extérieures (Bruch, 1979). Trelfa et Britten (1993, dans Davies,

2004) notent d'autant plus que les anorexiques ont davantage tendance à se retirer émotionnellement et à avoir une communication restreinte avec leurs amis.

### **1.3 Absence de différences entre les AR et les AB**

Les comparaisons entre les AR et les AB indiquent qu'il n'y a pas de différences entre les AR et les AB concernant leurs attitudes et comportements sociaux. Ce résultat doit être interprété avec prudence puisque l'échantillon d'AB n'est composé que de sept sujets. Il est possible que le manque de puissance statistique puisse contribuer à masquer certaines différences entre ces deux sous-groupes cliniques. De plus, les différences de moyennes entre ces deux sous-groupes demeurent limitées. Il ne faut pas non plus oublier que la seule différence observée entre les AR et les AB dans la littérature concerne le fait que les sujets présentant une anorexie boulimique rapportent s'être perçues davantage seules et inférieures au moment de leur adolescence que les sujets présentant une anorexie restrictive (Troop et Bifulco, 2002).

### **1.4 Attitudes et comportements sociaux les plus fortement associés à l'anorexie mentale**

En dernier lieu, une analyse de régression logistique a été réalisée afin d'identifier les attitudes et comportements sociaux qui caractérisent plus particulièrement les adolescentes anorexiques. Le résultat de cette analyse démontre que la variable sociale qui caractérise davantage les adolescentes anorexiques est l'aliénation face aux amis, c'est-à-dire le fait de ressentir de la colère face aux amis, d'avoir de la difficulté à partager ses problèmes sans se sentir honteuses et le sentiment que les amis ne comprennent pas et ne saisissent pas la réelle détresse personnelle vécue. Fondamentalement, les adolescentes anorexiques ont l'impression de ne pas être comprises et vivent de la colère face aux amis. Aucune étude recensée ne fait mention de cette dimension. Les études recensées mettent plutôt en évidence des comportements d'oubli de soi (Bachner-Melman, 2006) et de soumission (Connan *et al.*, 2007; Troop *et al.*, 2003), des sentiments de honte (Grabhorn *et al.*, 2006; Keith *et al.*, 2009;

Sweetingham et Waller, 2007), une tendance à s'auto-évaluer en fonction des critères établis par les pairs, à supprimer sa colère, à s'oublier et à se placer sous silence (Geller *et al.*, 2000) ainsi que la comparaison face à autrui (Morrison *et al.*, 2003). Il apparaît donc important de prendre en compte cette information dans le traitement de ces adolescentes.

### **1.5 Conséquences de la dénutrition prolongée sur les attitudes et comportements sociaux des adolescentes anorexiques**

Les résultats de la présente étude ne permettent pas d'établir si les attitudes et les comportements sociaux observés chez les adolescentes anorexiques résultent de difficultés sociales présentes avant l'apparition de la maladie ou s'ils sont consécutifs à une dénutrition prolongée. À cet égard, les résultats de l'étude de Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen et Taylor (1950), réalisée auprès de 32 militaires placés dans un contexte de dénutrition, invitent à la prudence. Cette étude a été réalisée suite aux deux guerres mondiales. Les chercheurs de l'époque étaient très préoccupés par la question des impacts de la dénutrition sur les comportements des individus, cette situation ayant été maintes fois vécue par les populations civiles et les militaires au cours de ces deux guerres. Cette étude fait office de référence dans le domaine et demeure l'étude la plus citée lorsque l'on discute des nombreux impacts de la dénutrition sur le comportement des individus.

Dans leur expérience portant sur les effets de la dénutrition sur une période de 24 semaines, Keys *et al.* (1950) ont observé que les militaires sont devenus, avec le temps, hésitants à planifier ou à organiser des activités sociales lors de la période de dénutrition. Le temps que chacun passait seul a augmenté de façon continue au fil de l'expérience. Les militaires affirmaient être trop fatigués pour avoir des contacts sociaux ou que cela était trop compliqué et difficile pour eux. Selon les observations des chercheurs, les militaires sont même devenus plus inhabiles socialement et de plus en plus égocentriques. L'égocentrisme combiné à l'irritabilité faisait en sorte que les militaires devaient faire des efforts importants pour maintenir des comportements

socialement acceptables. De plus, leurs contacts sociaux étaient souvent marqués par un climat inconfortable et chargé émotionnellement dans lequel les relations demeuraient superficielles et empreinte de sérieux (Keys *et al.*, 1950).

Sur la base de ces observations, il est possible de croire que les difficultés sociales des anorexiques, notamment le manque d'habiletés sociales, le manque de confiance dans les relations et l'isolement seraient la conséquence de la dénutrition. Plus récemment, Garner (1993, 2004) a émis l'hypothèse que la dénutrition contribuerait plutôt à amplifier les difficultés sociales chez les adolescentes. Toutefois, ces deux hypothèses complémentaires doivent être considérées avec prudence dans l'interprétation des résultats et invitent à ne pas conclure trop rapidement que les adolescentes présentent des difficultés sociales nettement plus marquées que les adolescentes ne présentant pas de trouble alimentaire. Il demeure néanmoins fort possible que les difficultés sociales observées chez les adolescentes de cette présente étude soient amplifiées par la dénutrition prolongée.

#### **1.6 Rôle des difficultés de socialisation comme facteur de maintien de l'anorexie mentale**

Cette présente étude a permis de mettre en lumière que les adolescentes anorexiques éprouvent des difficultés sur le plan social une fois la maladie installée. En se référant au modèle théorique de Garner (2004), il est important de souligner la possibilité que ces difficultés de socialisation aient une incidence sur le maintien de la maladie. À cet égard, il s'avère intéressant de considérer que ces difficultés semblent avoir un effet sur l'isolement social que vivent ces jeunes filles tout au long de la maladie. En effet, vivant plusieurs insécurités sur le plan social, elles préfèrent se convaincre qu'elles n'ont pas besoin d'amies. Elles viennent à croire que personne ne peut comprendre leur souffrance et que plutôt que d'avoir à affronter le jugement d'autrui, il demeure plus prudent de couper les ponts afin de préserver leur valeur personnelle.

Or, il est possible de croire que le fait d'avoir une perception négative de l'amitié (aliénation) pourrait expliquer le fait que ces jeunes filles entretiennent le besoin de s'exclure afin de se protéger de toutes ces insécurités interpersonnelles qui les effraient au sujet de leurs relations sociales. En outre, ces croyances pourraient également les décourager à l'idée d'entretenir ou chercher à reconstruire les liens qui les unissaient jadis à leurs amis et ce, par peur d'être blessée, rejetée ou incomprises. En conséquence, plutôt que de tenter de s'ouvrir sur le monde extérieur en tentant d'aller chercher réconfort ou support auprès de leurs amies, ces adolescentes assouviennent leur besoin de contrôle en se confinant dans un monde rigide et programmé et structuré qui ne laisse pas de place à l'amitié qui se veut davantage imprévisible. Ainsi, ces jeunes filles finissent par percevoir l'amitié comme un fardeau, une souffrance inutile plutôt que comme une source de soutien. De ce fait, elles demeurent prisonnières de leur souffrance et doivent affronter les dures tâches de l'adolescence seule.

## 2. LIMITES DE L'ÉTUDE

Bien que pertinente, cette étude présente certaines lacunes méthodologiques qui limitent la portée des résultats. En premier lieu, comme souligné précédemment, le nombre limité de sujets présentant une anorexie boulimique et le manque de puissance statistique qui en découle ont possiblement contribué à masquer certaines différences entre les AR et les AB. Par ailleurs, étant donné qu'une certaine proportion des anorexiques restrictives développe des comportements boulimiques au fil du temps, il se peut que ces deux diagnostics puissent parfois se chevaucher expliquant ainsi la présence d'un échantillon limité de sujets AB. Il est donc possible de croire que cette absence de différences entre ces deux sous-types ne soit pas représentative de la réalité étant donné ce faible échantillon.

En second lieu, l'utilisation d'un devis transversal limite la compréhension des difficultés sociales des adolescentes anorexiques d'une part parce qu'il est impossible de savoir comment ces adolescentes se comportaient sur le plan social avant le début de

la maladie et d'autre part parce que la dénutrition prolongée au moment de la collecte des données a pu contribuer à accentuer les difficultés sociales de ces adolescentes. L'application de méthodologie rétrospective prévue au départ aurait peut-être contribué à mieux documenter l'évolution de la réalité sociale de ces adolescentes.

### 3. RETOMBÉES POUR L'INTERVENTION

La présente étude permet de mettre en évidence plusieurs éléments à considérer au niveau de l'intervention. En effet, il est important de travailler sur les perceptions des adolescentes anorexiques au niveau de leurs relations avec leurs pairs. En effet, cette étude permet de constater qu'il est indiqué de s'attarder aux idées irrationnelles que peuvent entretenir ces adolescentes au niveau de leurs relations sociales et par le fait même, aux émotions ressenties qui peuvent en découler (sentiments de colère). Dans cet optique, l'approche cognitivo-comportementale s'avère appropriée pour travailler sur différents moyens pour mieux gérer ces appréhensions sociales sans opter pour l'isolement ou la coupure du lien. Par ailleurs, cette étude appuie l'importance d'utiliser les approches interpersonnelles, comme l'intervention de réseau réalisée à la clinique du CHUS de Sherbrooke (Pauzé *et al.*, 2001) dans le traitement de l'anorexie. Effectivement, le fait de permettre aux jeunes filles de reprendre contact avec leurs amis et de réanimer leurs relations sociales semble avoir des effets bénéfiques comme l'indique Nilsson et Hägglöf (2006), qui rapportent que selon l'avis des patientes de leur étude, ce sont les amis qui les ont le plus aidées dans leur processus de guérison.

### 4. CONCLUSION

À titre de conclusion, il est important de mentionner que malgré l'intérêt porté par les chercheurs au niveau des difficultés sociales des adolescentes anorexiques, aucun traitement n'est proposé dans la littérature. Il s'avère pertinent de s'attarder à cette dimension sociale dans l'élaboration de traitements visant la guérison de ces jeunes filles.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alvin, P. (2001). *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Rueil-Malmaison : Doin.
- American Psychiatric Association. (2004). *Mini DSM-IV-TR: Critères diagnostiques* (Trad. Par Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B. et PUL, M.-C.). Paris: Masson.
- Armsden, G. C. et Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5). 427-454.
- Atlas, J. (2007). *Review of the Eating Disorder Inventory-3*. Queens : New York. Mental Measurements Yearbook.
- Bachner-Melman, R., Zohar, A.H., Ebstein, R. P. et Bachar, E. (2007). The relationship between selflessness levels and the severity of anorexia nervosa symptomatology. *European Eating Disorders Review*, 15. 213-220.
- Berkman, N.D., Lohr, K.N. et Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40. 293-309.
- Bollen, E. et Wojciechowski, F.L. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorder Review*, 12. 117-121.
- Bruch, H. (1979). *L'énigme de l'anorexie: La cage dorée*. (Trad. par A. Rivière) Paris: Presses Universitaires de France (1ère éd. 1979).
- Bulik, C.M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 201-218.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V. et Joyce, P.R. (1999). Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 137-144.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. et Pedersen, N.L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archiv General Psychiatry*, 63. 305-312.
- Chabault, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Chabrol, H. (2004). *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France, collection «Que sais-je» (1<sup>re</sup> éd. 1991).
- Chambry, J., Corcos, M., Guilbaud O. et Jeammet, P. (2002). L'anorexie mentale masculine: réalités et perspectives. *Annales de médecine interne*, 153(3), 61-67.
- Cochran M. et Bø, I. (1987). The social networks, family involvement, and pro- and antisocial behavior of adolescent males in Norway. *Journal of Youth and Adolescence*, 18(4). 377-398.
- Connan, F., Troop, N., Landau, S., Campbell, I.C. et Treasure, J. (2007). Poor social comparison and the tendency to submissive behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8). 733-739.
- Couture, J. (2006) *Évaluation des résultats d'une intervention centrée sur les difficultés de socialisation d'adolescentes anorexiques sur leur évolution pondérale, leurs conduites alimentaires, leur adaptation interpersonnelle et leur ajustement psychologique*. Mémoire de maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Davies, S. (2004). A group-work approach to addressing friendship issues in the treatment of adolescents with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(4). 519-531.
- Desmarais D., Blanchet L. et Mayer R. (1982). Un modèle d'intervention en réseau au Québec. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 4(5). 109-118.
- D'Zurilla, Nezu, A. M. et Maydeu-Olivares, A. (1995). Manual for the Social Problem-Solving Inventory-revised. North Tonawanda, NY: Multi-Health System.
- Fairburn, C.G. et Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(5), 407-416.
- Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and adolescents: A review. *Adolescent Medicine*, 14(1), 149-158.
- Flament, M.F., Godart, N.T., Fermanian, J. et Jeammet, P. (2001): Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Eating Weight Disorders*, 6. 99-107.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *Lancet*, 341(8861), 1631-1635.



- Garner, D. M. (2004). *Handbook of addictive disorder : a practical guide to diagnosis and treatment*.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3*. Floride : Psychological Assessment Resources Inc.
- Garner, D.M. et Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford Press, New York.
- Gauvin, L., Steigner, H. et Brodeur, J.M. (2009). Eating-disorder symptoms and syndromes in a sample of urban-dwelling canadian women : Contributions toward a population health perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2). 158-165.
- Geller, J., Cockell, S.J. et Goldner, E.M. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28. 8-19.
- Gerner, B. et Wilson, P.H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4). 313-320.
- Gilbert, N. et Meyer, C. (2005). Fear of negative Evaluation and eating attitudes : A replication and extension study. *International Journal of Eating Disorder*, 31(4). 360-363,
- Gilchrist, P N., Ben-Tovim, D. I., Hay, P. J., Kalucy, R.S. et Walker, M. K. (1998). Eating disorders revisited : Anorexia nervosa. *Medical Journal of Australia*, 169(8), 438-441.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U. et Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa : The Mediating Role of Shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13. 12-19.
- Harris, C.E. et Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173(7). 11-53.
- Herzog, D.B., Greenwood, D.N., Dorer, J.D., Flores, T.F., Ekeblad, E.R., Richards, A., Blais, M.A. et Keller, M.B. (2000). Mortality in eating disorders : A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28. 20-26.
- Hjern, A., Lindberg, L. et Lindblad, F. (2006). Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9 to 14 year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 189. 428-432.

- Hoek, D. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol 19(4), 389-394.
- Hoek, H.W. et Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Jeammet, P. (2004). *Anorexie Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence*. Saint-Armand-Montrond : Éditions Hachette.
- Jack, D.C. et Dill, D. (1992). The silencing the self scale : Schemas of intimacy associated with depression in women. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 97-106.
- Jackson T., Weiss K.E., Lunquist J.J. et Soderlind A. (2001). Sociotropy and perceptions of interpersonal relationships as predictors of eating disturbances among college women: Two prospective studies. *The Journal of Genetic Psychology*, 166(3), 346-359.
- Kaye, W.H., Strober, M., Stein D. et Gemdall, K. (1999). New directions in treatment research of anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1285-1292.
- Kaye, W., Klump, K.L., Frank, G.K.W. et Strober, M. (2000). Anorexia and bulimia nervosa. *Annual Reviews of Medicine*, 51, 299-313.
- Keith, L., Gillanders, D. et Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 317-327.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. et Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. Minnesota : The University of Minnesota Press.
- Lacharité, D. (1991). *Les changements survenus dans la vie d'anorexiques primaires au cours de l'année qui précède le début de leur diète*. Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Lapsley, D. K., Rice, K. G. et FitzGerald, D. P. (1990). Adolescent attachment, identity, and adjustment to college: Implications for the continuity of adaptation hypothesis. *Journal of Counseling et Development*, 68(5), 561-565.
- Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W.M. et White, D.R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls : The role of peer modeling, social reinforcement and body-related teasing. *Eating Behaviors*, 2, 215-236.

- Machado, P., Machado, B., Gonçalves, S. et Hoek, H.W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217.
- Mangweth B., Hausmann A., Danzl C., Walch T., Rupp C.I., Biebl, W., Hudon J.I. et Pope Jr. H.G. (2005). Childhood body-focussed behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74. 247-253.
- Morrison, T., Waller, G., Meyer, C., Burditt, E., Wright, F., Babbs, M. et Gilbert, N. Social. (2003). Comparison in the eating disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 191(8). 553-555.
- Nilsson, K. et Hägglöf, B. (2006): Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 14. 305-311.
- Paterson. G., Power, K., Yellowkes, A., Park, K. et Taylor, L. (2006). The relationship between two-dimensional self-esteem and problem solving style in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 15. 70-77.
- Pauzé, R. et Charbouillot-Mangin, B. (2001) *L'anorexie chez les adolescentes*. Paris: Éditions Érès.
- Pauzé, R., Couture, J., Lavoie, E., Pesant, C., Beauregard, C., Mailloux, S. et Mercier, M. (2008). L'intervention auprès du réseau d'amies et d'amis des adolescentes anorexiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, 40, 131-151.
- Polivy, J. et Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Reviews Psychology*, 53. 187-213.
- Quadflieg, N. et Fichter, M.M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (1), 99-109.
- Schutz, H. K. et Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46. 67-83.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. et Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(11), 38-46.

- Stice, E., Marti, N., Shaw, H. et Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 587-597.
- Sweetingham, R. et Waller, G. (2007). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16. 401-407.
- Szabo, C. P. (1998). Eating disorders and adolescence. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 117-125.
- Tiller, J.M., Skane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. et Treasure, J.L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1). 31-38.
- Troop, N.A., Allan, S., Treasure, J.L. et Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 76. 237-249.
- Troop, N.A et Bifulco, A. (2002). Childhood social arena and cognitive sets in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 41. 205-211.
- Ward, A., Campbell, I.C., Brown, N. et Treasure, J. (2003). Anorexia nervosa subtypes: Differences in recovery. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3). 197-201.
- Zaitsoff, S.L., Geller, J. et Srikameswaran, S. (2002). Silencing the self and suppressed anger: Relationship to eating disorder symptoms in adolescent females. *European Eating Disorder Review*, 10(1). 51-60.

## ANNEXE A

**TABLEAU DES DONNÉES MÉTHODOLOGIQUES - ÉCHANTILLON D'ADOLESCENTES SANS DIAGNOSTIC D'ANOREXIE**

Auteurs et années	Âge	Taille					
			Conduites alimentaires évaluées	Instruments de mesure	Conduites sociales investiguées	Instruments de mesures	
Gerner et Wilson, 2005	Âge moyen = 15.3 ans	131 ado. F recrutées en milieu scolaire secondaire	Examiner si des relations d'amitié jugées insatisfaisantes permettent de prédire la présence de préoccupations concernant le poids et de conduites alimentaires restrictives chez des adolescentes ne présentant pas de diagnostic d'anorexie mentale.		Perception d'être acceptée par ses amis et pairs	Items auto-rapportés intégrals	Échantillon non-clinique  Étude transversale
			Insatisfaction corporelle	Figure Rating Scale – Stunkard et al., 1980	Perception de recevoir du support de ses amis	Perceived Social Support from Friends scale (PSS-Fr) – Procidano et Heller, 1983	
			Conduites alimentaires restrictives	Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ-R) - Van Strien, et al., 1986	Degré d'intimité dans ses relations	Intimate Friendship Scale (IFS) - Sharabany, 1994	
			Préoccupations concernant l'image corporelle	Body Attitudes Questionnaire (BAQ) – Ben-Tovin et Walker, 1991	Croyance que la minceur a un impact positif sur les amitiés	Perceived Impact of Thinness on Friendships (PITOF) – Oliver, 1996	

Auteurs et années	Âge	Taille	Conduites alimentaires évaluées	Instruments de mesure	Conduites sociales investiguées	Instruments de mesures	
Lieberman <i>et al.</i> , 2001	12 à 16 ans	876 ado. F recrutées en milieu scolaire secondaire	Examiner les liens entre les relations interpersonnelles, les attitudes alimentaires et l'estime corporelle		Auto-évaluation de soi externe Influence des pairs p/r à la minceur Estime de soi dans les relations	Silencing the Self Scale – Jack et Dill, 1992  Questionnaire maison - Lieberman <i>et al.</i> , 2001	Échantillon non-clinique
			Attitudes alimentaires  Estime Corporelle	Eating Attitudes Test (CHEAT) - Maloney et al., 1988  Body Esteem Scale (BES) – Mendelson et al., 2001			

Auteurs et années	Âge	Taille					
			Conduites alimentaires évaluées	Instruments de mesure	Conduites sociales investiguées	Instruments de mesures	
Schutz et Paxton, 2007	Âge moyen = 15,9 ans	327 ado. F recrutées en milieu scolaire secondaire	Examiner les relations entre l'insatisfaction corporelle, la présence de conduites alimentaires dysfonctionnelles, la qualité des relations d'amitié entre adolescents et les croyances liées à la minceur.		Qualité des relations d'amitié	Inventory of Parent and Peer Attachment Scale (IPPA) - Armsden et Greenberg, 1987	Échantillon non-clinique  Étude transversale
			Conduites alimentaires restrictives	Body Attitudes Questionnaire (BAQ) - Ben-Tovim et Walker, 1991	Conflits avec les amies	Friend Conflict Scale - Schutz et Paxton, 2007	
			Usage extrême de comportements visant la perte de poids	Dutch Eating Behaviour Questionnaire Restraint Scale (DEBQ-R) - Van Strien <i>et al.</i> , 1986	Anxiété Sociale	Social Anxiety subscale of Revised Self-Consciousness Scale - Scheier et Carver, 1985	
			Symptômes boulimiques	Extreme Weight Loss Behaviours Scale (EWLB) - Paxton <i>et al.</i> , 1991	Insécurités sociales	Eating Disorder Inventory 2 - Social Insecurity Subscale (EDI-2) - Garner, 1991	
					Préoccupations des amies p/r au poids	Perceived Friend Concern with Weight Scale - Schutz <i>et al.</i> , 2002	
					Avantages perçus de la minceur	Perceived Advantages of Thinness for Interpersonal Relationships Scale - Schutz et Paxton, 2007	

Auteurs et années	Âge	Taille	Conduites alimentaires évaluées		Instruments de mesure	Conduites sociales investiguées	Instruments de mesures	
			Conduites alimentaires évaluées	Instruments de mesure				
Zaitsoff, Geller et Srikaneswaran, 2002	Âge moyen de 14,95 ans	235 ado. F recrutées en milieu scolaire secondaire	Examiner si certaines tendances comportementales en contexte de relations interpersonnelles sont reliées à la présence de conduites alimentaires dysfonctionnelles.			Schéma cognitif dans les relations interpersonnelles	The silencing the Self scale - Jack et Dill, 1992	Échantillon non-clinique  Étude transversale
			Symptômes de TCA -Cognitions et comportements anorexiques -Cognitions et comportements boulimiques  Estime Corporelle	Stirling Eating Disorders Scales - Williams <i>et al.</i> , 1994  Shape and Weight-Based Self-Esteem Inventory – Adolescent Version (SWABS) - Geller <i>et al.</i> , 2000		Expression de la colère	State-Trait Anger Expression Inventory - Spielberger <i>et al.</i> , 1985	

**Légende :**

F = Femmes H= Hommes

TCA = Trouble de la conduite alimentaire

AR = Anorexie de type restrictif

AB = Anorexie de type boulimique

NS = Trouble alimentaire non-spécifié

B = Boulimique

Dx = Diagnostic

Sx = Symptômes

Tx = Traitement

SDA = Sans Difficulté d'Adaptation



## ANNEXE B

TABLEAU DES DONNÉES MÉTHODOLOGIQUES - ÉCHANTILLON DE JEUNES FILLES/FEMMES AVEC DIAGNOSTIC

Auteurs et années	Âge	Taille	Symptômes d'anorexie	Sous-types	Groupe témoin	Variables	Instruments de mesure	
Bachner-Melman <i>et al.</i> , 2007	13 - 36 ans	42 F 90 F 78 F	Actifs Partiellement guéries Guéries	NON	OUI; 172 F sans passé de TCA	Examiner la relation entre l'oubli de soi et la sévérité des sx anorexiques.		F ayant déjà reçu Tx qui ont pu modérer les Sx
		Oubli de soi	The Selflessness Scale - Bachar <i>et al.</i> , 2002					
Connan <i>et al.</i> , 2007	18-45 ans	18 F  13 F	Actifs (AR = 12 F) (AB = 6 F)  Sans Sx Actif (Déjà reçu Dx)	OUI;	OUI; 16 F SDA	Examiner la relation entre la présence de sx anorexiques et la tendance à se comparer socialement ainsi qu'à se comporter de manière soumise.		Étude transversale
		Comparaison sociale  Comportements de soumission	The Social Comparison Rating Scale (SCRS) - Gilbert, 1995  The Submissive Behavior Scale (SBS) - Gilbert, 1997					

Auteurs et années	Âge	Taille	Symptômes d'anorexie	Sous-types	Groupe témoin			
						Variables	Instruments de mesure	
Grabhorn <i>et al.</i> , 2006	17-60 ans	30 F	Actifs (AR = 17 F) (AB = 13 F)	OUI	OUI; 30 F avec diagnostic de dépression  30 F avec diagnostic d'anxiété	Étudier l'influence de la honte et de l'anxiété sociale sur la présence d'anorexie mentale.		Aucun groupe témoin sans psychopathologie
						Anxiété ressentie lors des interactions sociales  Honte internalisée  Phobie sociale	Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) - Mattick et Clark, 1998  Internalized Shame Scale (ISS) - Cook, 1994  Social Phobia Scale (SPS) - Mattick et Clark, 1998	
Geller <i>et al.</i> , 2000	18-47 ans	21 F	Actifs	NON	OUI; 21 F tr. Psy. Varié  21 F sans SDA	Examiner l'association entre certains patterns cognitifs lors de relations interpersonnelles et la présence d'anorexie.		Échantillon n'étant pas uniquement composé d'adolescentes
						Tendances interpersonnelles pour entretenir des relations sécurisantes : - Tendance à s'autoévaluer en fonction des autres - Oubli de soi - Suppression de la colère - Se placer sous silence	The Silencing the Self Scale (STSS) - Jack et Dill, 1992	

Auteurs- Années	Âge	Taille	Symptômes d'anorexie	Sous- types	Groupe témoin	CONDUITES SOCIALES INVESTIGUÉES	INSTRUMENTS DE MESURES	
Keith <i>et al.</i> , 2009	Âge moyen = 33 ans	52 F	Actifs (Anorexie = 30 % de l'échantillon)	NON	NON	Examiner le sentiment de honte ressentie de femmes anorexiques par rapport à leur caractère, leurs comportements, leur corps et leur alimentation		Étude transversale
						Honte ressentie	Experience of Shame Scale (ESS) *Entrevue semi-dirigée - Andrews <i>et al.</i> , 2002	
Morrison <i>et al.</i> , 2003	18 - 63 ans	92 F	Actifs (AR = 29F) (AB = 24 F) (B = 39 F)	OUI	OUI; 144 F recrutées en milieu universi- taire	Évaluer la tendance à se comparer aux autres de femmes anorexiques.		Ne cible pas spécifiquement les adolescentes
						Tendance à se comparer aux autres	Iowa-Netherlands comparison Orientation Measure (INCOM) – Gibbons et Buunk, 1999	
Paterson <i>et al.</i> , 2006	17 - 42 ans	27 F	Actifs	NON	OUI 62 F recrutées en milieu université	Étudier la capacité de femmes anorexiques à résoudre des problèmes sociaux.		Femmes ont déjà reçu des traitements donc cela peut influencer les résultats obtenus
						Capacité de résolution de problème	The Social Problem Solving Inventory-Revised (SPSI-R) -D'Zurilla et Maydeu- Oliveres, 1995	

Auteurs-Années	Âge	Taille	Symptômes d'anorexie	Sous-types	Groupe témoin	CONDUITES SOCIALES INVESTIGUÉES		INSTRUMENTS DE MESURES	
Sweetinham et Waller, 2007	18 - 28 ans	92 F	Actifs (AR = 7 F) (AB = 7 F) (B = 32 F) (NS = 46 F)	OUI	NON	Observer l'association entre la présence de dysfonctions alimentaires et le fait d'avoir subi des taquineries à l'égard de son apparence durant l'enfance et d'avoir ressenti de la honte par rapport à son apparence.		Experience of Shame Scale (ESS) - Andrews <i>et al.</i> , 2002	Pas de groupe témoin Différences entre les sous-groupes cliniques non-précisés
						Honte  Avoir subi des taquineries	Entrevue maison		
Tiller <i>et al.</i> , 1997	Âge moyen = 25,3 ans  Écart-type = 6,6 ans	125 F	Actifs (AN = 44F) (B = 81) (N/S = 16 F exclues)	NON	OUI 86 F recrutées en milieu universitaire	Examiner les caractéristiques du réseau social de soutien de sujets souffrant d'anorexie et de boulimie.		Significant Others Scale (SOS) - Power, Champion et Aris, 1998	Davantage d'adultes que d'adolescentes  Pas de distinction entre les Dx d'anorexie
						Réseau Social (Relations interpersonnelles significatives)			

Auteurs-Années	Âge	Taille	Symptômes d'anorexie	Sous-types	Groupe témoin	CONDUITES SOCIALES INVESTIGUÉES	INSTRUMENTS DE MESURES	
Troop <i>et al.</i> , 2003	Âge moyen = 21,6 ans Écart-type = 4,6 ans	94 F 7 H	Actifs (AR = 23 F) (AB = 15 F) (B = 51 F) (NS = 12 F)	OUI	OUI 101 F et H appariés selon le sexe et l'âge	Vérifier si la présence de comportements de soumission et la tendance à se comparer de manière négative sont associées à la présence de dysfonctions alimentaires.		Pas de différences entre F et H  Échantillon n'étant pas uniquement composé d'adolescentes
						Comparaison Sociale  Comportements de Soumission	Social Comparison Rating Scales (SCRS) – Allan et Gilbert, 1995  Submissive Behaviour Scale (SBS) – Allan et Gilbert, 1997	
Troop et Bifulco, 2002	Âge moyen = 25,5 ans	63 F	Actifs (AR = 15 F) (AB = 16 F) (B = 12 F)	OUI	OUI 20 F sans passé TCA recrutées en milieu universitaire	Examiner l'association entre le fait de s'être perçue seule, timide et inférieure au moment de l'adolescence en lien à la présence de dysfonctions alimentaires à l'âge adulte.		Etude retrospective
						Sentiment de solitude, d'infériorité et de timidité	Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) *Entrevue (Bifulco, Brown et Harris, 1994 )	